



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**A INFLUÊNCIA DA ROTAÇÃO NO TRABALHO NA SATISFAÇÃO  
PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE CIRURGIA  
CARDIOTORÁCICA NUM HOSPITAL DE LISBOA**

**LILIANA ISABEL CORREIA DINIS**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na  
Especialidade em Gestão de Programas

JULHO 2012



**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**A INFLUÊNCIA DA ROTAÇÃO NO TRABALHO NA SATISFAÇÃO  
PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE CIRURGIA  
CARDIOTORÁCICA NUM HOSPITAL DE LISBOA**

**Mestranda:** Liliana Isabel Correia Dinis

**Orientadora:** Professora Doutora Inês Fronteira

Dissertação para a obtenção do grau de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento com a  
Especialidade em Gestão de Programas

JULHO 2012

## **Agradecimentos:**

À Comissão Científica da 5ª Edição do Mestrado de Saúde e Desenvolvimento por tornar possível a realização desta investigação, em especial ao Professor Doutor Jorge Cabral, pela sua disponibilidade e compreensão.

À Professora Doutora Inês Fronteira pela atenção, pela compreensão e por tudo o que me ensinou.

A todos os meus colegas de profissão que aderiram na sua totalidade ao preenchimento do questionário.

A toda a minha família e amigos, por serem a força que me move.

A ti, Rui, por seres quem és.

## **Resumo:**

### **A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros no serviço de cirurgia cardiotorácica num hospital de Lisboa**

**Liliana Isabel Correia Dinis**

**Palavras-Chave:** rotação no trabalho; enfermeiros; satisfação profissional.

**Introdução:** O desafio que constitui a rotação no trabalho pode motivar e incentivar o trabalhador, expandindo o seu campo de ação e ampliando competências, de modo a aumentar a produtividade. No entanto quando se implementa este sistema de rotação deve existir um balanço cuidado entre qualidade e quantidade, de modo a evitar sentimentos de irritação e frustração dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Torna-se assim importante perceber a relação entre rotação no trabalho dos enfermeiros e satisfação profissional dos mesmos, visto que a satisfação profissional está associada a melhores resultados no trabalho e para a organização e, neste caso, específico relaciona-se com uma otimização dos cuidados prestados ao utente.

**Objetivos:** O objetivo geral deste estudo é compreender o impacto da rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço (cuidados intensivos, intermédios e enfermaria), na satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiotorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, com desenho de investigação observacional, analítico e transversal. Foi utilizado um questionário como instrumento de recolha de dados aplicado a 55 enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiotorácica, incluídos no sistema de rotação entre postos de trabalho, nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2012. Realizou-se análise estatística descritiva e bivariada dos dados.

**Resultados:** Os profissionais provenientes da UCI apresentaram, na sua maioria, rotação mínima ou inexistente. Por outro lado, os enfermeiros provenientes dos restantes sectores apresentaram rotação intermédia e alta. Quanto ao número de turnos em cada sector, a maioria dos enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos, apresenta rotação intermédia. Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos não apresentaram rotação ou apresentaram rotação mínima. Já, os profissionais satisfeitos e muito satisfeitos com o número de turnos por sector não realizaram rotação. Também se verificaram resultados estatisticamente significativos na satisfação quanto ao ritmo de trabalho e à tecnicidade inerente ao sistema de rotação. Em geral, os enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos e nem satisfeitos nem insatisfeitos com a rotação estão profissionalmente satisfeitos. Os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos com a rotação tendem a estar profissionalmente bastante satisfeitos.

**Discussão:** De facto, na prática de enfermagem, a presença dos profissionais provenientes da UCI, na própria unidade de cuidados intensivos, como elementos de referência, é indispensável ao bom funcionamento da mesma, sendo compreensível que o seu esquema de rotação não seja de nível intermédio ou alto. Compreende-se também que a possibilidade dos enfermeiros participarem nas decisões acerca da organização do seu trabalho devia ser continuamente valorizada. O desafio que constitui a rotação no trabalho pode motivar e incentivar o trabalhador, expandindo o seu campo de ação.

Não existe associação entre satisfação global e rotação entre sectores, mas de facto existe uma verbalização informal de insatisfação por parte dos profissionais. Assim, para um estudo mais aprofundado deste fenómeno seria imprescindível a realização de um estudo que seguisse o paradigma qualitativo ou misto, de modo a compreender especificamente a relação entre rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, com a satisfação profissional dos enfermeiros.

## **Abstract:**

### **The influence of rotation on the job in the professional satisfaction of nurses in the service of cardiothoracic surgery at a hospital in Lisbon**

**Liliana Isabel Correia Dinis**

**Key-words:** job rotation; nurses; professional satisfaction.

**Introduction:** The challenge of job rotation can motivate and encourage the workers, expanding its scope and increasing skills in order to increase productivity. However when a rotation system it's implemented quality should take precedence over quantity, which often does not happen and can generate feelings of anger and frustration of nurses. It is therefore important to understand the relationship between nurses' work rotation and their job satisfaction, since job satisfaction is associated with better results at work and for the organization and in this particular case relates to an optimization of care provided to wearer.

**Objectives:** The objective of this study is to understand the impact of job rotation between sections of the same service (intensive care, intermediate and ward), in nurses' job satisfaction, in the cardiothoracic surgery service at the Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE - Hospital Santa Marta.

**Materials and Methods:** This is a quantitative research study which design corresponds to an observational, analytical and transversal study. A questionnaire is used as an instrument of data collection applied to 55 nurses included in the system of rotation between jobs, at the cardiothoracic surgery service. It was applied in January and February of 2012. It was performed a descriptive and bivariate statistical data' analysis.

**Results:** It is noted that practitioners from ICU mostly showed minimal or absent rotation. Furthermore, nurses from the other sectors had intermediate and high rotation. Regarding the number of turns in each sector, it appears that the majority of nurses dissatisfied and very dissatisfied presents intermediate rotation. The nurses neither satisfied nor dissatisfied showed no rotation or minimal rotation. Still, professionals satisfied and very satisfied with the number of shifts per sector did not undergo rotation. There were also statistical significant results in satisfaction with the pace of work and the technical nature inherent in the system of rotation. In general, nurses who are very unhappy and dissatisfied and nor satisfied nor dissatisfied with the rotation are satisfied professionally. Nurses satisfied and very satisfied with the rotation tend to be professionally quite pleased.

**Discussion:** In fact, in nursing practice, the presence of professionals from ICU in the intensive care unit itself, as reference points, is essential to the smooth functioning of the same, and it is logical that its rotation scheme is not mid-level or high. It is understood that the ability of nurses to participate in decisions about the organization of their work must be continuously enhanced. The challenge of job rotation can motivate and encourage workers, expanding its field of action.

There is no association between overall satisfaction and rotation among sectors, but in fact there is an informal verbalization of dissatisfaction by the professionals. Thus, to

further study this phenomenon it would be essential to carry out a study that followed the qualitative paradigm or mixed, in order to understand specifically the relationship between rotation at work, between sections of the same service with job satisfaction of nurses.

## Índice Geral

<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Enquadramento Teórico.....</b>	<b>4</b>
2.1.    Novas organizações de trabalho .....	4
2.1.1.    A rotação entre serviços .....	5
2.1.2.    Organização hospitalar e especificidades do trabalho de enfermagem .....	8
2.2.    Satisfação.....	10
2.2.1.    Satisfação em enfermagem.....	12
2.3.    Fatores que influenciam a satisfação no trabalho: o caso da Enfermagem.....	13
2.3.1.    Autonomia e poder .....	20
2.3.2.    Condições de Trabalho e Saúde .....	21
2.3.3.    Realização Profissional, Pessoal e Desempenho Organizacional .....	22
2.3.4.    Relacionamento Profissional/ Utente e Equipa .....	23
2.3.5.    Remuneração .....	24
2.3.6.    Segurança no Emprego.....	25
2.3.7.    Status e prestígio .....	25
2.4    Objetivos.....	27
2.4.1    Objetivo geral.....	27
2.4.2    Objetivos específicos.....	27
<b>3. Material e Métodos .....</b>	<b>28</b>
3.1.    Desenho do estudo.....	28
3.2.    População em estudo .....	28
3.3.    Instrumento de colheita de dados .....	29
3.3.1.    Questionário de avaliação da satisfação profissional .....	30
3.3.2.    Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional – construção e organização .....	31



3.3.3.	Estratégias implementadas na otimização da taxa e resposta ao questionário .....	32
3.3.4.	Pré-teste .....	32
3.4.	Variáveis .....	32
3.4.1.	Variável independente .....	32
3.4.2.	Variável dependente .....	33
3.4.3.	Outras variáveis .....	34
3.5.	Implementação do estudo .....	39
3.6.	Análise dos dados .....	39
3.7.	Considerações éticas e legais .....	44
<b>4.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>46</b>
4.1.	Taxa de participação no estudo e taxa de resposta ao questionário .....	46
4.2.	Caracterização sociodemográfica .....	46
4.3.	Caracterização profissional .....	47
4.4.	Rotação no serviço de cirurgia cardiotorácica .....	49
4.4.1.	Satisfação com o sistema de rotação .....	51
4.5.	Satisfação no serviço de cirurgia cardiotorácica .....	53
4.6.	Rotação no trabalho: Análise da variação da rotação no trabalho de acordo com as características sociodemográficas, profissionais e de satisfação .....	55
4.6.1.	Rotação e variáveis sociodemográficas .....	55
4.6.2.	Rotação e variáveis profissionais .....	57
4.7.	Satisfação no trabalho: Análise da variação da satisfação no trabalho de acordo com as características sociodemográficas, profissionais e de rotação .....	65
4.7.1.	Satisfação global e variáveis sociodemográficas .....	66
4.7.2.	Satisfação global e variáveis profissionais .....	67
4.8.	Rotação entre sectores e Satisfação global .....	74
4.8.1.	Dimensões da satisfação e rotação final .....	75
4.9.	Conclusões .....	79
<b>5.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>80</b>
<b>6.</b>	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>88</b>

<b>Lista de Quadros .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>103</b>
Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados .....	114
Anexo II – Distribuição das proposições pelas dimensões no questionário: Indicadores para aferir a variável dependente .....	112
Anexo III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central – Hospital de Santa Marta .....	114
Anexo IV – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central – Hospital de Santa Marta .....	117
Anexo V – Autorização da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical .....	118
Anexo VI – Quadros de frequências referentes às dimensões da satisfação numa escala de <i>Likert</i> .....	119

## **Lista de siglas e abreviaturas**

**$\mu$**  – média

**ANOVA** – teste paramétrico análise de variância

**aq** – amplitude interquartílica

**CCT** – cirurgia cardiotorácica

**dp** – desvio-padrão

**E** – expectativa

**Enf/Cons.** – enfermaria/consulta

**EPE** – entidade pública empresarial

**F** – teste não paramétrico de *Fisher*

**IHMT** – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Kw** – teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis*

**me** – mediana

**mo** – moda

**N** – frequência absoluta

**p** – valor de p/significância

**r** – coeficiente de correlação de *Pearson*

**R** – resultado

**rs** – coeficiente de correlação de *Spearman*

**T** – teste t de *Student*

**U** – teste não paramétrico de *Mann-Whitney*

**UCI** – unidade de cuidados intensivos

**UNL** – Universidade Nova de Lisboa

**UTI** – unidade de cuidados intermédios ou unidade de tratamento intermédio

**$\chi^2$**  – teste do Qui-quadrado de *Pearson*

## 1. Introdução

O tema desta investigação diz respeito à rotação no trabalho e à sua influência na satisfação profissional dos enfermeiros. A escolha deste tema surge após observação empírica e conversas informais sobre o tema, especificamente no campo da enfermagem (campo de ação profissional da mestranda), e prende-se com o facto de se terem verificado manifestações verbais frequentes de insatisfação, face ao sistema de rotação, e de não se conhecerem muitos estudos que procurem uma relação entre satisfação profissional dos enfermeiros e o regime rotação<sup>1</sup> entre secções (entenda-se por secção as seguintes áreas do serviço de cirurgia específico: enfermaria/consulta; cuidados intermédios e cuidados intensivos).

No serviço onde o estudo foi realizado, não existia nenhum protocolo que definisse como aplicar o sistema/regime de rotação, pelo que a distribuição dos enfermeiros pelas secções era feita diariamente, desde Abril de 2010, entre enfermaria/consulta, unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos.

Anteriormente, o serviço era chefiado por dois elementos diferentes e estava dividido em dois grupos de enfermeiros distintos, sendo que um trabalhava, exclusivamente, na enfermeira (incluindo a consulta de enfermagem ao doente cardíaco adulto) e na unidade de cuidados intermédios e o outro trabalhava, apenas na unidade de cuidados intensivos (incluindo transplantação pulmonar, cardíaca e cuidados intensivos de pediatria). Nem todos os enfermeiros do primeiro grupo estavam integrados na consulta de enfermagem e nem todos os enfermeiros do segundo grupo trabalhavam na secção de cuidados intensivos pediátricos. Mesmo após junção dos dois grupos que passou a ser chefiado por apenas um elemento, a rotação nestas secções não se alterou, ou seja os enfermeiros integrados nas secções pediatria e consulta de enfermagem, são os mesmos, no entanto também entram no sistema de rotação sempre que possível. Em suma, e de forma grosseira, o sistema de rotação fazia-se entre enfermaria, unidade de cuidados intermédios e unidade de cuidados intensivos.

---

<sup>1</sup> A rotação no trabalho é entendida como *cross-training*, ou seja, cruzamento de práticas e treino variado (Seibert et al., 2001).

A rotação fazia-se de acordo com o número de enfermeiros de serviço, a experiência de cada um por secção, a presença ou não dos responsáveis por secção, o número de cirurgias e o estado clínico dos doentes. Também o tempo (dias ou semanas) ou o número de turnos que cada enfermeiro trabalhava fora da sua secção de origem variava de equipa para equipa. A acrescentar que quem realizava a distribuição dos enfermeiros por secção era passível de determinados gostos, preferências ou interesses.

Ao verificar comentários frequentes de insatisfação, por parte dos enfermeiros, relativamente ao novo sistema de rotação, a mestranda decidiu estudar qual ligação entre rotação no trabalho e satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiotorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta.

De acordo com Jorgensen et al. (2005) e Triggs e King (2000), a rotação no trabalho pode constituir uma motivação e incentivo ao trabalhador, alargando o seu campo de ação e ampliando competências, de modo a aumentar a produtividade. Champion et al. (1994) afirmam que, quando se implementa este sistema de trabalho deve ter-se em conta não só o fator quantidade, como também a qualidade dos serviços prestados, tendo em conta a capacidade de cada trabalhador. Kovács (2006) sublinha a importância da participação dos trabalhadores nas decisões acerca da organização do seu trabalho. Por fim, Osterman (2000) alerta para o facto de o sistema de rotação não implicar ajustamento na remuneração dos trabalhadores e Martins (2003) diz-nos que a sobrecarga de trabalho está relacionada com sentimentos de irritação, frustração e insatisfação.

Torna-se assim importante perceber a relação entre rotação no trabalho dos enfermeiros e satisfação profissional dos mesmos, visto que a satisfação profissional está associada a melhores resultados no trabalho, melhores resultados organizacionais e, neste caso específico, a uma otimização dos cuidados prestados ao utente.

Com este estudo pretende-se, assim, compreender: de que forma a rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, influencia a satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiotorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta. Por fim, pretende-se contribuir para o enriquecimento do conhecimento desta temática, e porventura para a realização de

estudos mais específicos que servirão para perceber quais as vantagens e desvantagens deste modelo de organização do trabalho com provas científicas.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Novas organizações de trabalho

Na Europa, nos anos 70 do séc. XX, foi muito utilizada a designação “*novas formas de organização do trabalho*”, baseada no fator humano e como tal inserida num movimento de humanização do trabalho, com base em ideais empresariais democráticos (Kovács, 2006:41).

A renovação organizacional é um assunto atual, tendo em conta a sobrevivência e melhoria da competitividade das empresas, que estão inseridas no contexto de uma concorrência intensificada da economia global. A Comissão Europeia lançou o debate acerca da renovação da organização do trabalho em 1997, dando ênfase a determinados aspetos, tais como: hierarquias mais planas; horizontalização das estruturas; conteúdos funcionais mais ricos e diversificados; trabalho em equipa; centralidade das competências; autonomia na realização do trabalho; confiança nas relações laborais; e envolvimento e participação dos trabalhadores. No entanto, a realização de programas de mudança baseados na humanização do mundo do trabalho perde terreno face à perspectiva baseada na eficiência, que está associada a um novo tipo de racionalização, chamada “*racionalização flexível*” (Kovács, 2006:41).

As desigualdades no campo da autonomia do trabalho tendem a aumentar com as formas flexíveis de trabalho, e especificamente com a precariedade, bem como com a diversificação e individualização das relações laborais (Kovács, 2006:42).

Não existe um consenso sobre a natureza e a direção da transformação do modo de produzir bens e serviços. Um novo paradigma é apontado, tratando-se da nova era *pós-taylorista/fordista*, caracterizada por um trabalho estandardizado, repetitivo e pela divisão entre especialistas e executantes (Kovács, 2006:42).

As empresas para manter os níveis de produtividade e qualidade satisfatórios, reduzir os custos e se adaptarem às variações do mercado, têm de renovar o seu modelo de produção, valorizando os recursos humanos, através do aumento do nível de qualificações, novas competências, responsabilidade, iniciativa, trabalho em equipa, e da promoção do diálogo e do envolvimento dos colaboradores (Kovács, 2006:42).

De acordo com a Comissão Europeia (1997:1), as estruturas de trabalho tendem a ser mais inovadoras e flexíveis, baseadas nas competências e primando pela confiança e pela participação crescente dos trabalhadores, não existindo um modelo único para a organização do trabalho.

Estudos realizados nos EUA e Canadá mostram que nos grupos de trabalho tradicionais os níveis de satisfação, de auto-estima, de sentimento de pertença, de motivação e de identidade eram mais elevados do que nos grupos resultantes dos programas de reengenharia (Barker, 1993; Godard, 2001). Este fenómeno relaciona-se com níveis de *stress* elevados, forte pressão dos objetivos dificilmente operacionalizáveis, e o controlo entre membros da equipa que reduzem ou anulam os efeitos positivos relativos à satisfação com o trabalho e a participação (Barker, 1993; Godard, 2001). Os ganhos partilhados prometidos também não se verificam, pois as novas práticas não se traduzem em ganhos salariais para os trabalhadores (Osterman, 2000). Deste modo, a flexibilização organizacional confere pouca importância ao fator humano e molda os processos de autonomia. Esta autonomia é acordada dentro daquilo que o gestor da organização determina, com base num conjunto de normas, e aproveitando os conhecimentos e a criatividade dos trabalhadores, de forma a reduzir os custos e aumentar a qualidade (Kovács, 2006:52).

Neste contexto torna-se fulcral investigar situações reais de trabalho tendo em conta a diversidade de conteúdo, ritmo e carga de trabalho, tipo e grau de autonomia e participação nas decisões, bem como as possibilidades de aprendizagem e de promoção no contexto das novas formas de organização do trabalho (Kovács, 2006:59).

### **2.1.1. A rotação entre serviços**

De acordo com Seibert et al. (2001), a rotação no trabalho entendida como *cross-training*, ou seja, cruzamento de práticas e treino variado, significa que o trabalhador de uma unidade ou departamento aprende diversas competências durante determinado período de tempo. Este sistema é também visto como uma abordagem prática para enriquecer e expandir as atribuições de trabalho (Seibert et al., 2001). Deste



modo, a rotação no trabalho é planeada de acordo com a prática do trabalho de modo a cultivar futuros candidatos da gestão à transferência de um departamento para outro, para aumentar as suas credenciais em todos os aspetos (Jaturanonda et al., 2006). É também um método de trabalho desenhado não só para enriquecer as competências dos trabalhadores, como também para eliminar a fadiga e tédio causados pelos trabalhos rotineiros. O desafio das novas atribuições pode despertar no trabalhador novas motivações e entusiasmo e incentivar os trabalhadores a aumentar a produtividade. (Jorgensen et al., 2005; Triggs e King, 2000).

Quando se implementa este sistema de rotação a qualidade da experiência do trabalho individual deve estar em destaque, em vez da quantidade. As organizações devem planear a rotação de acordo com a capacidade de cada trabalhador e tendo em conta o seu tempo necessário para adaptação (Campion et al., 1994). Assim sendo, uma frequência de rotação elevada pode não ser positiva e fatores como a experiência de cada trabalhador, a aprendizagem do *status*, e a familiaridade com o trabalho, devem ser considerados, para a frequência da rotação (Ho et al., 2009). A definição acima descrita refere-se à rotação como um sistema que ajuda os trabalhadores a expandir o seu campo de ação e ampliar a sua experiência e competências, estimulando o seu espírito de trabalho e cultivando as suas relações interpessoais, através da escala de pessoal para diferentes departamentos ou unidades do mesmo departamento. Na realidade, este sistema de rotação não significa nem promoção de trabalho nem ajustamento na remuneração dos trabalhadores (Ho et al., 2009).

Davis e Jorgensen (2005), Hall e Isabella (1985), Jaturanonda et al. (2006), dizem-nos que a rotação dentro do mesmo posto de trabalho inspira os enfermeiros a atingir uma *performance* superior, permitindo um crescimento contínuo e o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, aumentando a qualidade dos cuidados. Os estudiosos propõem que a rotação pode ajudar os empregados a adquirir múltiplas capacidades e expandir a sua visão, diminuindo a possibilidade de *burnout*. No entanto, pressões de carácter emocional ocorrem frequentemente num ambiente de trabalho cujas interações interpessoais estão fortemente envolvidas (Hsieh e Su, 2007; Sveinsdottir et al., 2006; Zeithaml e Bitner, 2000). Especialmente, para os enfermeiros que trabalham nos hospitais e implementam não só atividades independentes e atividades profissionais de acordo com o conselho médico mas também assumem

responsabilidade por qualquer ameaça à vida do utente/doente. Assim sendo, a importância dos enfermeiros é inegável e a influência das suas qualidades e competências de cuidar não podem ser ignoradas (Bernstein, 2005; Watson et al., 2006). Consequentemente, a preocupação principal relativa ao campo prático dos cuidados é de reconhecer exaustivamente como o *stress* dos enfermeiros pode afetar a sua satisfação no trabalho e o seu compromisso com a organização, e usar efetivamente o sistema de rotação no trabalho para melhorar e desenvolver a satisfação no trabalho dos enfermeiros e o seu compromisso com a organização, de modo a promover vantagens competitivas (Ho et al., 2009).

De acordo com Jarvi e Uusitalo (2004) o empregador e o profissional beneficiam da rotação no trabalho. O empregador beneficia das novas competências do profissional, por exemplo: capacidade de se adaptar a diferentes ambientes; de resolver problemas; de tomar decisões e assumir responsabilidades; e de trabalhar em equipa e interagir (Juuti, 1992 citado por Jarvi e Uusitalo, 2004). A organização beneficia da flexibilidade do trabalho que advém da rotação, através da aprendizagem de novas ideias e múltiplas competências, da facilidade de eliminar tarefas desnecessárias e falsas rotinas, da flexibilidade de adaptação da força de trabalho, da renovação do trabalho das comunidades e promoção do trabalho em equipa (Kevätsalo, 1992 citado por Jarvi e Uusitalo, 2004). O enfermeiro, no contexto específico de prestação de cuidados, beneficia da rotação no trabalho através do ganho de competências na sua especialidade, o que aumenta a sua satisfação (Jarvi e Uusitalo, 2004).

Neste processo o encorajamento dos elementos superiores e o planeamento cuidadoso dos postos de rotação e do tempo que o profissional despende em cada um é fundamental (Jarvi e Uusitalo, 2004). A motivação do enfermeiro é o alicerce para o sucesso da rotação no trabalho. Assim, a organização ganha profissionais inovadores e prima pelo princípio da aprendizagem (Jarvi e Uusitalo, 2004).

O sucesso da rotação no trabalho depende do envolvimento dos participantes e os elementos superiores também devem estar envolvidos. A sua duração depende da natureza do trabalho. Um a dois meses podem ser considerados períodos de introdução/integração ao novo serviço. Neste contexto é importante considerar os objetivos da rotação no trabalho: aprendizagem, variedade, contatos ou novas ideias

(Mäenpää, 1998 citado por Jarvi e Uusitalo, 2004). Os profissionais devem ser recompensados (Kevätsalo, 1999; Ylöstalo, 1999 citados por Jarvi e Uusitalo, 2004).

Os estreitos critérios de qualificação, as descrições precisas dos cargos e a falta de iniciativa e coragem são obstáculos, frequentemente citados, à rotação de trabalho. As atitudes relacionadas com a gestão, dos superiores e da equipa podem constituir obstáculos importantes. Por exemplo: a chefia pode ter medo de perder elementos competentes; e por outro lado, as competências dos profissionais não são regularmente avaliadas (Jarvi e Uusitalo, 2004).

Em suma, a rotação no trabalho é um conceito variado e existe pouca investigação teórica e empírica sobre este tema (Jarvi e Uusitalo, 2004).

No estudo de Järvi e Uusitalo (2004), na Finlândia, a rotação dos enfermeiros no trabalho, foi considerada uma experiência maioritariamente positiva. O desenvolvimento profissional foi valorizado. No entanto, o interesse em participar em diferentes tipos de atividades foi mínimo.

### **2.1.2. Organização hospitalar e especificidades do trabalho de enfermagem**

Segundo Chiavenato (1994), uma organização é um sistema composto por atividades humanas de níveis diversos, correspondendo a um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos. É um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos em comum. A interdependência de uma organização e o seu meio envolvente são fatores importantes, principalmente no caso de organizações de saúde, que estão sujeitas a várias influências, tais como demográficas e de mobilidade, económicas e financeiras, sociais e culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais.

As organizações hospitalares são sistemas complexos, do qual fazem parte diversos departamentos e profissões. Esta organização de pessoas é confrontada com eventos emocionalmente fortes, tais como doença, morte, ansiedade, tensão física e mental. Tendo em conta que o hospital é uma organização formal e institucionalizada de prestação de serviços, é colocado ênfase nos cuidados prestados ao utente. Isto conduz

ao conceito de “*humanização hospitalar*”, primando-se pela qualidade dos serviços prestados a quem procura e necessita – os utentes. Assim, as condições de trabalho, a motivação e a satisfação e bem-estar dos profissionais de saúde têm sido descurados (Martins, 2003:2).

A Direção Geral dos Hospitais (1992) citada por Martins (2003:2), embora tenha em conta as duas dimensões chave referentes ao utente e ao trabalhador, descure a dimensão humana do segundo elemento, em prole dos aspetos técnicos, e do saber e saber fazer. Os enfermeiros são particularmente atingidos por esta filosofia organizacional, sendo poucas vezes alvo de preocupação para os investigadores e decisores políticos.

A profissão de enfermagem está, desde as suas origens, ligada ao “*cuidar*”, ou seja, à prestação de cuidados, que por sua vez está ligada à sobrevivência das pessoas (Martins, 2003:3).

No hospital os vários profissionais de saúde desenvolvem o seu trabalho em diferentes valências ou serviços, que correspondem a diferentes especialidades médicas. Os enfermeiros inseridos nessas valências ou serviços trabalham em equipas de 15, 20, 30 ou mais elementos, de acordo com as necessidades e o tipo de cuidados necessários (Martins, 2003:5). Normalmente, a maioria dos serviços apresenta um gabinete para o chefe de enfermagem, e uma sala de trabalho, onde os enfermeiros realizam diversas atividades, exceto o cuidado direto ao utente. Frequentemente não existe uma sala para reuniões de equipa, ou para momentos de pausa. O horário semanal varia entre as 35 e as 40 horas, distribuídas por turnos de 8 horas, que podem corresponder ao período da manhã (das 8 às 16 horas), da tarde (das 16 às 24 horas) e da noite (das 24 às 8 horas). Frequentemente o número de horas de trabalho é prolongado por motivos diversos, nomeadamente, excesso de atividades a realizar, tempo gasto na passagem de turno (transmissão de informação acerca dos doentes), atraso dos colegas, ou por situações inesperadas ou urgentes relativas aos utentes. De realçar que estas horas não são alvo de compensação (Martins, 2003:5). Os constrangimentos que advêm da situação explicada acima, refletem-se nos sentimentos de identidade e autonomia vivenciados pelos enfermeiros (Martins, 2003:5).

No entanto, segundo Lopes (1997), alguns autores referem que tal problema advém da atitude dos enfermeiros, que permitem que o seu trabalho seja organizado para dar resposta às prescrições feitas perante determinada doença, bem como às regras institucionais. Os enfermeiros sabem que têm uma razão social para existirem e como tal ninguém pode conceber uma organização de saúde sem os incluir. Apesar disso e de serem o maior grupo profissional do sector da saúde, não lhes é, frequentemente, dada a oportunidade de participar nas decisões das suas políticas, tanto a níveis mais elevados como a níveis intermédios (Martins, 2003:6). Segundo Salvage (1990), os enfermeiros foram-se organizando e permitindo que os organizassem, aceitando o dever de cuidar das pessoas sem exigirem direitos na maneira como o fariam. Assim, sempre se esperou que os enfermeiros cuidassem independentemente das circunstâncias. Deste modo, os enfermeiros ocupam o seu tempo com um número elevado de tarefas e atividades polivalentes obrigatórias que têm de realizar diariamente e em tempo útil, o que traz um sentimento de ambivalência por não estarem a realizar aquilo que lhes compete. Esta realidade provoca sentimentos de irritação e frustração, pois os enfermeiros sentem-se condicionados pelo meio e à margem do seu ideal profissional e pessoal (Martins, 2003:6). Neste sentido, o trabalho em meio hospitalar é, para os enfermeiros, *stressante*, o que pode originar problemas de desmotivação, insatisfação profissional; absentismo; e tendência a abandonar a profissão. Para além disto, o trabalho de enfermagem é por si só desgastante, também devido aos horários rígidos e ao trabalho por turnos (Martins, 2003:7).

Em suma, e tendo em conta os factos acima mencionados, as tomadas de decisão na organização do trabalho dos enfermeiros devem ter em consideração as necessidades da pessoa, pondo de parte os “*interesses pessoais, institucionais ou de outros técnicos, de normas ou rotinas*” (Martins, 2003:7). A problemática da profissão de enfermagem perante as diversas situações apresenta prioridades que não passam pelas relações de poder, de autonomia e de *status*. Fica pendente uma reestruturação no funcionamento dos serviços, e a definição de novas dinâmicas de relações interpessoais no trabalho e de objetivos qualitativos (Martins, 2003:7).

## **2.2. Satisfação**

Segundo Hsieh e Su (2007), Sveinsdottir et al. (2006), um papel corresponde à manifestação de um comportamento apropriado à posição de um indivíduo. Numa organização um *stressor* associado ao papel do indivíduo origina-se através da combinação das expectativas do comportamento do indivíduo a todos os níveis. Quando um trabalhador encara um *stressor* pode produzir comportamentos desfavoráveis para a organização, tais como redução da performance, *burnout* associado ao trabalho e resignação, o que deve ser levado seriamente em consideração. Na teoria do papel do trabalhador encontramos duas componentes, o conflito e a ambiguidade associada ao papel (Van Sell et al., 1981). Kahn (1964) citado por Piko (2006), acrescenta a sobrecarga do papel, passando a existir três componentes: a ambiguidade, o conflito e a sobrecarga. Bernard et al. (2006), falam de cinco construções referentes ao papel do trabalhador, tais como ambiguidade, sobrecarga, conflito, incongruência e incompetência.

Segundo Suzuki et al. (2006), a satisfação no trabalho é uma atitude positiva ou negativa que o trabalhador apresenta perante determinados aspetos do seu trabalho e corresponde a um estado de espírito individual. Disch et al. (2004), diz-nos que é um sentimento ou afeição de um membro de um sistema, que é positivo e ativo se o membro está satisfeito e vice-versa. De acordo com Melnyk (2006), a satisfação no trabalho é um sentimento acerca do ambiente de trabalho, que inclui o trabalho em si, mas também a supervisão, o trabalho em grupo, a organização e a vida. Castle et al. (2007), Porter e Steers (1973), sugerem que a satisfação depende da diferença entre o que o trabalhador realmente ganha e o que são as suas expectativas. Segundo Judge e Bono (2001), a satisfação profissional é o nível de gosto do trabalhador pelo seu trabalho. Best e Thurston (2004), diz-nos também que a satisfação no trabalho é o sentimento acerca do trabalho e a atitude geral derivada de todos os aspetos ligados ao trabalho.

Graça (1999), define a satisfação no trabalho como uma atitude, uma emoção ou um sentimento. É o resultado da avaliação periódica que cada profissional faz, relativamente às dimensões consideradas pelo autor, considerando-as como justas ou não, consoante a sua expectativa, e em comparação com outros trabalhadores na mesma situação e ainda tendo em conta os investimentos realizados na organização onde trabalha.

De acordo com Lima e Mesquitela (1996), o indivíduo satisfeito, encontra-se com maior capacidade de resposta face às solicitações do meio envolvente.

### **2.2.1. Satisfação em enfermagem**

A satisfação e as suas diferentes dimensões têm sido reconhecidas como parte integrante dos cuidados (Cleary et al., 1991), particularmente nos resultados de saúde, o que constitui um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados (Wilkin et al., 1996).

A satisfação está associada à esfera individual do trabalhador, ao seu bem-estar físico e emocional, à qualidade de vida e ao contexto organizacional (qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absentismo e rotatividade). Ganha especial ênfase no campo de enfermagem, pois o bem-estar e a qualidade de vida no trabalho são fatores que influenciam direta, positiva ou negativamente, a qualidade dos cuidados de enfermagem e a perceção de aspetos relacionados com a profissão (Lima e Mesquitela, 1996).

Para Lucas (1984), a realização de estudos sobre a insatisfação no trabalho, a nível individual e organizacional, está relacionada com a necessidade de aumentar a produtividade, diminuir o absentismo, reforçar a moral e manter uma força de trabalho saudável. Segundo o mesmo autor é fulcral existir uma mudança das políticas de recursos humanos, ao nível da administração de saúde. É enfatizada a necessidade de promover a investigação no domínio dos cuidados de enfermagem, de institucionalizar, planejar e executar uma formação de enfermagem de nível superior. No contexto mais específico na área da saúde, Donabedian (1980) define a satisfação profissional como um fator que interfere positivamente no atendimento do utente e no relacionamento com a equipa onde o profissional está inserido.

Segundo Salomé (1999), um nível baixo de satisfação profissional em enfermagem revela-se muito grave tendo em conta as consequências associadas, tais como absentismo, elevada rotatividade de emprego, escassez de profissionais, baixa produtividade, diminuída eficiência e qualidade de serviços a par de custos acrescidos de substituição.

Joiner et al. citados por Lucas (1984), ao desenvolver estudos nos EUA, concluíram que a enfermagem não apresenta uma situação desfavorável no contexto da força de trabalho. Através da utilização do *Motivating Potencial Score* (MPS), o autor diz-nos que o emprego de enfermagem aparece como sendo comparativamente alto em potencial motivacional. No entanto, a profissão de enfermagem apresenta diferentes sinais de insatisfação. Os efeitos dessa situação são de ordem diversa e repercutem-se ao nível da realização pessoal e profissional dos enfermeiros, da qualidade dos cuidados, da eficiência dos serviços e da produtividade (Lucas, 1984).

### **2.3. Fatores que influenciam a satisfação no trabalho: o caso da Enfermagem**

O ambiente psicossocial no trabalho inclui a organização do trabalho e as relações sociais existentes. Os fatores psicossociais estão relacionados com a interação no meio ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as competências do trabalhador, as necessidades, a cultura, as causas exteriores que podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho (Martinez et al., 2004).

De acordo com Graça (1999), a satisfação profissional é resultante da obtenção de determinados resultados, sob a forma de recompensa consoante o trabalho realizado. A satisfação no trabalho pode manifestar-se, na saúde, qualidade de vida e nos comportamentos dos trabalhadores, o que se irá refletir a nível particular e a nível coletivo através da organização. Rocha (1996), diz-nos que indivíduos mais satisfeitos com o trabalho apresentam uma melhor qualidade de saúde física e mental e menor ocorrência de doenças.

Freud (1930/1996) citado por Tamayo (2004), descreve o trabalho, caso seja escolhido livremente, como fonte de prazer, satisfação e bem-estar. No entanto, para Lower (1984) citado por Tamayo (2004) o trabalho não significa felicidade, tratando-se de uma necessidade. Exige disciplina, responsabilidade e compromisso.

A motivação é o impulso para a satisfação tendo em conta o crescimento e desenvolvimento pessoal e conseqüentemente organizacional (Lima, 1996 citado por Batista et al., 2005). Quando existe uma grande diferença entre aquilo que o trabalhador



espera obter – expectativas – e aquilo que o trabalhador obtém – resultados/recompensas, irá ocorrer um sentimento de insatisfação e desmotivação para novas tarefas (Michel, 1992).

No mesmo sentido, Lu et al. (2011) afirma que o modelo tradicional de satisfação no trabalho foca-se nos sentimentos que o individuo apresenta acerca do seu trabalho e, o que determina o nível de satisfação não depende apenas da natureza do trabalho mas também das expectativas dos trabalhadores perante o mesmo.

A satisfação no trabalho está relacionada com a performance no contexto laboral e assim sendo os investigadores tentam identificar as variáveis componentes da satisfação no trabalho e medir a importância de cada uma e os seus efeitos na produtividade (Lu et al., 2011).

Segundo Mauro e Veiga (2008), fatores como a remuneração, evolução na carreira, garantias disciplinares, horário laboral e de férias, segurança social, proteção à saúde, oportunidade de formação inicial e contínua, número efetivo de pessoal no serviço, organização do trabalho, participação do pessoal na determinação das suas condições de trabalho e de vida e participação naquilo que contribui para a satisfação no trabalho são os principais problemas das condições de trabalho.

A satisfação dos enfermeiros no trabalho está fortemente ligada às condições de trabalho, ao ambiente organizacional, ao *stress* associado ao trabalho, ao conflito associado ao papel e ambiguidade, à percepção do papel e conteúdo do mesmo e ao compromisso com a organização e profissão (Lu et al., 2011).

Na revisão sistemática de Lu et al. (2011), os estudos qualitativos revelaram, como fontes de satisfação no trabalho dos enfermeiros, o seguinte: condições de trabalho; interação; relação com os utentes, colegas de profissão, gestores e relação com o próprio trabalho; carga de trabalho, equipa de trabalho, horário e turnos, o desafio que o trabalho representa, rotinização, requisitos para realização de tarefas (habilidades e competências, etc.) e exigências psicológicas do trabalho; remuneração; crescimento pessoal e promoção; treino profissional, oportunidade de avançar, promoção no trabalho e realização pessoal; recompensas psicológicas (elogios, reconhecimento e encorajamento); controlo e responsabilidade, autonomia e processo de decisão; segurança no trabalho; estilo de liderança e políticas organizacionais.

No estudo de Price (2002) na Inglaterra, 58% dos enfermeiros estavam genericamente satisfeitos com o seu trabalho, estando esta satisfação relacionada com os colegas de profissão e recompensas extrínsecas e a insatisfação relacionada com o controlo sobre as condições de trabalho (por exemplo: estruturas de acolhimento para crianças) e com a responsabilidade que tinham e com as oportunidades profissionais.

Na investigação de Kuhar et al. (2004) nos EUA os oito aspetos que mais contribuíram para a satisfação dos enfermeiros foram: autonomia; comunicação; aspetos administrativos; reconhecimento; condições de trabalho; prática profissional; horários e assuntos de *staff* e pagamento/ benefícios ou incentivos. Os resultados obtidos foram usados para implementar estratégias que diminuíssem a saída dos profissionais da instituição.

Sjogren et al. (2005) na Suécia revelam que as condições de trabalho (horário, estilo de gestão e relação com os colegas de profissão), salário e desenvolvimento profissional foram as razões determinantes que levaram enfermeiros a sair e voltar à instituição.

Na Noruega Bjork et al. (2007) dizem-nos que a interação, o pagamento e autonomia foram listados como os três fatores mais desejados para a satisfação no trabalho. Os enfermeiros estavam mais satisfeitos com o *status* profissional, interação e autonomia, e menos satisfeitos com o pagamento/salário.

Tourangeau e Cranley (2006), no Canadá, falam-nos de quatro categorias que predisseram a continuidade do enfermeiro na instituição em 34%: satisfação no trabalho; características pessoais do enfermeiro(a); coesão do grupo de trabalho; e colaboração e compromisso com a organização. Segundo Penz et al. (2008), também no Canadá, a disponibilidade de equipamento e material, a satisfação com o horário e os turnos praticados, a diminuição da exigência psicológica no trabalho e a satisfação com a comunidade onde o profissional se insere explicou 33% da variação da satisfação no trabalho. Em 2010, Tourangeau et al. (2010) encontrou oito categorias temáticas que influenciam as intenções de se manter empregue: relação com colegas de profissão; condições do ambiente laboral; relação com o chefe e suporte; recompensas no trabalho; suporte organizacional e práticas; resposta física e psicológica ao trabalho; relação com o utente; e fatores externos.

Na Bélgica, De Gieter et al. (2010) diz-nos que a satisfação com recompensas psicológicas (elogios e respeito) da parte da enfermeira-chefe foi um dos fatores mais significantes para predizer a satisfação no trabalho e a continuidade na instituição.

Tendo em conta os efeitos que advém do nível de satisfação dos enfermeiros, Yin e Yang (2002) dizem-nos que em Taiwan os fatores mais fortes relacionados com a saída dos enfermeiros das instituições foram a satisfação no trabalho, autonomia, oportunidades de promoção, *stress* no trabalho, coesão no pagamento, estado civil e nível de educação. Tzeng (2002) também em Tawain, encontrou fatores como o tipo de instituição, a idade dos filhos mais novos, o nível de educação, o salário e promoção e a satisfação e felicidade geral no trabalho como fatores preditores da intenção de continuar ou desistir de trabalhar na instituição.

Lee et al. (2004) na Coreia do Sul, verificou que a satisfação com o *status* no trabalho, padrão de turnos, realização profissional e exaustão emocional explicavam 30% da variação na satisfação de vida.

Na revisão sistemática de Lu et al. (2011) os fatores fortemente relacionados com a satisfação no trabalho dos enfermeiros encontrados foram: *stress* no trabalho; compromisso com a organização; depressão; coesão entre a equipa de enfermagem; empoderamento estrutural; comportamentos dos cidadãos da organização; rotação no trabalho; papel associado ao *stress*; e respeito. Os fatores moderadamente relacionados com a satisfação identificados foram: afetividade; ambiguidade do papel; compromisso com a organização; rotinização; apoio do supervisor e dos colegas de profissão; colaboração com a equipa médica; performance do próprio trabalho; envolvimento com o trabalho; hostilidade do *staff* da organização; autonomia; reconhecimento; justiça; controlo; comunicação com o supervisor/chefe e os pares; inteligência emocional; cuidados de enfermagem prestados; e autoestima. Por último, os fatores com um fraco relacionamento com a satisfação no trabalho enumerados foram: conflito relacionado com o papel; envolvimento no trabalho; idade; anos de experiência; nível de educação; profissionalismo; ansiedade; satisfação do supervisor/chefe; e estratégias de *coping*.

Na mesma revisão sistemática, entre os preditores da satisfação dos enfermeiros encontrados estavam: depressão; compromisso com a organização; coesão entre a equipa de enfermagem; colaboração da equipa médica; perceções sobre a prática da

profissão; competências dos gestores da enfermagem para formar uma equipa; *stress* no trabalho; satisfação do supervisor/chefe; *stress* psicológico; tipo de trabalho; condições físicas da área de trabalho; rotinização; afetividade; envolvimento com o trabalho; apoio dos colegas de profissão; nível de educação; critério de competências; autoridade no processo de decisão; apoio social do supervisor/chefe; recompensas; comunicação; *staff* de enfermagem; conflito associado ao papel; ambiguidade do papel; autonomia, feedback; tipo de gestão/liderança; apoio dos líderes; adequação dos recursos; relação com os colegas de profissão; existência de crianças/filhos; turnos; encaixe entre personalidade e tipo de trabalho; departamento de trabalho; número de doentes; utilização de camas; satisfação com a profissão; oportunidade de promoção; apoio da organização; *burnout*; empoderamento psicológico; necessidade de reconhecimento de competências (resiliência do *stress*); anos desde que se formou; estilo de gestão; relações interdisciplinares; desenvolvimento profissional; ética; percepções do líder e qualidade; e empoderamento estrutural.

O estudo de Rafferty et al. (2007) em Inglaterra, revela que os enfermeiros com uma carga de trabalho mais pesada tinham uma probabilidade entre 71% a 92% de mostrar resultados de trabalho considerados negativos – *burnout* e insatisfação no trabalho - e consideravam a qualidade dos cuidados como baixa.

Na investigação de Lu et al. (2008) realizada na China, a variação na satisfação no trabalho estava relacionada com as percepções dos enfermeiros e o conteúdo do papel desempenhado, o *stress* no trabalho, o conflito associado ao papel e a ambiguidade do papel.

No estudo de Guleryuz et al. (2008) na Turquia, os fatores mais importantes para a satisfação profissional dos enfermeiros foram a inteligência emocional e o compromisso com a organização.

Ho et al. (2009) em Taiwan, verificou que a rotação no trabalho tem uma influência positiva na satisfação no trabalho, bem como o compromisso com a organização. O *stress* relacionado com o papel desempenhado tinha uma influência negativa no nível de satisfação dos enfermeiros no trabalho.

Na investigação de Van Bogaert et al. (2010) na Bélgica, os preditores importantes para o nível de satisfação encontrados foram o tipo de gestão do hospital e a exaustão emocional.

Chen e Johantgen (2010) no estudo realizado na Alemanha e Bélgica, verificaram que o estilo de gestão/liderança, a autonomia, e as relações interdisciplinares e desenvolvimento profissional influenciavam a satisfação profissional dos enfermeiros.

No estudo de Siqueira e Kurcgant (2010), sobre os fatores mais importantes que determinam a satisfação profissional dos enfermeiros, em São Paulo, a autonomia foi considerado o fator com maior peso na satisfação, enquanto que as normas organizacionais e os requisitos de trabalho foram os fatores com um peso menor.

No estudo de Marques e Araújo (2010), os resultados sugerem que a satisfação dos enfermeiros, que exercem no IPO do Porto, em Portugal, tinha uma influência significativa da relação com colegas e chefia, perspectiva de promoção na carreira, formação profissional continua, salário, participação na tomada de decisões, comunicação organizacional e segurança no emprego.

No estudo de Lorber e Savic (2012), na Eslovénia, foram encontrados como componentes importantes da satisfação em 46% dos casos: a idade; os anos de trabalho; características pessoais dos líderes; e competências de gestão dos líderes. Fatores como a motivação, estilo de liderança exercido, desenvolvimento profissional e relações interpessoais explicaram o nível de satisfação em 64%. Segundo os mesmos autores, profissionais satisfeitos têm um papel fulcral para o sucesso da organização e por isso as organizações devem estar despertas para os fatores que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros, devendo, idealmente, realizar uma monitorização anual desta variável.

Na revisão sistemática de Hayes et al. (2010), acerca dos fatores que contribuem para a satisfação profissional dos enfermeiros, no contexto hospitalar agudo, foram identificados três tipos de grupos contributivos: intra-pessoais, inter-pessoais e extra-pessoais. O grupo intra-pessoal compreende os seguintes fatores: idade; comportamento resiliente; educação; experiência; afetividade positiva e negativa; reenquadramento positivo. O grupo inter-pessoal é constituído por: acesso à educação; autonomia; utentes

que promovem um sentimento compensador; controlo/responsabilidade; interação entre colegas de trabalho; interações; contentamento com o trabalho; fazer a diferença; natureza do trabalho; orgulho profissional; crescimento profissional; relações profissionais; *status* profissional; qualidade dos cuidados de saúde prestados; relações com os coordenadores; relação com a restante equipa; relação com os utentes e famílias; responsabilidade; escala de serviço, horário e turnos; apoio social da chefe de enfermagem; apoio social dos colegas de trabalho; apoio de supervisão; exigências de tarefas/competências; coesão entre grupo de trabalho; e interface entre trabalho e vida pessoal. Por fim, o grupo extra-pessoal inclui: oportunidades de trabalho; restrições organizacionais; políticas organizacionais; pagamento/salário; exigências de pagamento; oportunidades de promoção; adequação dos recursos; rotinização; quantidade de recursos humanos disponíveis no respetivo contexto laboral; equipamentos e material atualizados; variedade; e carga de trabalho.

No estudo qualitativo de Nunes et al (2010) os principais fatores de satisfação no trabalho dos enfermeiros de um hospital público e de ensino em São Paulo, do ponto de vista pessoal, foram a escolha da profissão e os sentimentos de felicidade, prazer e reconhecimento pelo trabalho realizado, bem como o reconhecimento pelo exercício previsto inerente à função e ao processo de trabalho. Quanto à dimensão institucional foi apontada a importância dos recursos humanos e materiais adequados, a existência de autonomia, de uma adequada relação interpessoal e a participação no processo de decisão, sendo este último determinante e passível de despoletar outros elementos que incluem a satisfação. Fatores como: baixa remuneração; horário e turnos aos fins-de-semana; e um reduzido número de profissionais geram insatisfação nos enfermeiros. Os enfermeiros consideraram que a insatisfação no trabalho depende do que a organização tem para oferecer e do que a pessoa deseja para si na organização, e se as suas necessidades são satisfeitas, de acordo com a exequibilidade económica, social, física e mental do contexto.

As características pessoais, atitudes e comportamentos são fatores que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros (Manojlovich e Spence Laschinger, 2002). Também o ambiente do contexto laboral tem um impacto importante na satisfação e um elevado rácio enfermeiro-utente conduz à exaustão física e psicológica dos enfermeiros (Sheward et al., 2005) e a um aumento da mortalidade dos

utentes (Aiken et al., 2002). A satisfação pessoal com a vida também está positivamente ligada à satisfação no trabalho e é compreendida como a satisfação dos enfermeiros perante a vida em geral e como as suas necessidades físicas e psicológicas estão satisfeitas (Demerouti et al., 2000). Myers e Diener (1995) dizem-nos que existe uma ligação entre satisfação com a carreira e com a vida pessoal. As estruturas organizacionais que promovem o empoderamento dos enfermeiros, com aumento de autoridade, autonomia e controlo sobre a sua prática levam a um aumento da satisfação profissional e consequentemente da satisfação global com a vida (Nemcek e James, 2007).

Tendo em conta a revisão dos instrumentos mais populares, que medem a satisfação, (Spector, 1997) aponta as seguintes facetas da satisfação no trabalho: apreciação; comunicação; colegas de trabalho; margem de benefícios, condições de trabalho, natureza do próprio trabalho, natureza da organização, políticas e procedimentos da organização, pagamento, crescimento pessoal, oportunidade de promoção, reconhecimento, segurança e supervisão.

Graça (1999), considera sete dimensões no estudo da satisfação profissional: autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; relacionamento profissional/ utente e equipa; remuneração; segurança no emprego; e *status* e prestígio. As várias dimensões apesar de independentes, interagem entre si e cada pessoa apresenta níveis de satisfação particulares.

### **2.3.1. Autonomia e poder**

Trata-se do limite de poder e liberdade que o enfermeiro tem ao exercer as suas funções, de acordo com a especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde que a inclui. A oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços está incluída (Graça, 1999).

A autonomia corresponde à utilização plena das capacidades físicas e mentais e a realização de um trabalho estimulante (Ferreira, et al. 1996).

De acordo com Ferreira e Sousa (2006), esta autonomia pode ser influenciada por vários fatores, tais como: escassa autonomia, indefinição de tarefas, elevada pressão a que estão sujeitos e sobrecarga de trabalho, falta de apoio dos seus superiores e poucas expectativas de carreira e desenvolvimento da profissão, bem como a falta de reconhecimento pessoal e profissional.

Segundo Martins e Luís (2000), os profissionais valorizam significativamente o nível de responsabilidade assumido, a participação no processo de tomada de decisão, através da utilização de conhecimentos adquiridos, a possibilidade de desenvolvimento do sentido crítico e inovador, assim como a oportunidade de apoiar a organização em processos de mudança.

### **2.3.2. Condições de Trabalho e Saúde**

As condições de trabalho e saúde correspondem ao ambiente físico e psicossocial de trabalho com consequências na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos enfermeiros. A existência de serviços e programas para prevenção dos riscos profissionais, vigilância e promoção de saúde, a informação sobre segurança, higiene e segurança no trabalho e a realização de consultas são fatores importantes neste domínio (Graça, 1999).

Marziale (2001), diz-nos que as condições de trabalho dos enfermeiros são frequentemente consideradas inadequadas, dada a especificidade do ambiente e as atividades executadas, conduzindo ao desgaste físico e mental, a baixa remuneração e pouco prestígio social.

A maioria dos enfermeiros sente necessidades de melhorar as suas condições de trabalho, principalmente relativamente à formação contínua, relações humanas, condições técnicas, horário de trabalho e remuneração (Mendes, 2000 citado por Universidade Católica Portuguesa, 2004).

Segundo Sagehomme (1997), condições de trabalho inclui vários aspetos de situação de trabalho, tais como aspetos materiais, relacionais, psicológicos e organizacionais.



Também fatores políticos e económicos influenciam o contexto do trabalho, pois como é indicado pela Universidade Católica Portuguesa (2004), o Sistema de Saúde, em Portugal, tal como outros sistemas de saúde europeus, confronta-se frequentemente com o dilema entre dar prioridade às necessidades de saúde da população ou privilegiar a poupança dos recursos existentes.

O trabalho por turnos constitui outro fator importante para o nível de satisfação do enfermeiro, dado que provoca alterações na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, levando a consequências variadas, tais como alterações do ritmo biológico, alterações do sono, alterações da vida social, alterações digestivas, alterações a nível da fadiga, alterações da vida profissional (Freitas, 2008). É muitas vezes a principal razão para o abandono da profissão (Kostreva e Genevier, 1989 citado por Cruz, 2003).

As condições de *stress* ocupacional também geram insatisfação com o trabalho, síndrome de *burnout* e absentismo (Cavalheiro et al., 2008).

A carga laboral em excesso também é apontada para motivo de abandono da profissão pois está relacionada com o *stress* (Universidade Católica Portuguesa, 2004). Enquanto noutros países existe um máximo de horas para o exercício de determinada profissão, os enfermeiros continuam desprotegidos neste âmbito (*International Council of Nurses*, 2001). Para além das exigências físicas e intelectuais o trabalho de enfermagem também engloba exigências emocionais (Freitas, 2008).

### **2.3.3. Realização Profissional, Pessoal e Desempenho Organizacional**

Trata-se da concretização da possibilidade de desenvolvimento pessoal e profissional e decorre das oportunidades e desafios apresentados pela organização onde se trabalha, da profissão, do conteúdo do trabalho, entre outros (Graça, 1999).

A realização pessoal está relacionada com a satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Maslow propõe em 1954, o modelo de “satisfação de necessidades”, no qual as necessidades de auto-realização se encontram no topo da pirâmide e por isso as de nível mais elevado. Correspondem às necessidades que cada indivíduo tem de satisfazer para se auto-desenvolver (Chiavenato, 1994).

Rodrigues (2000), diz-nos que a motivação depende de fatores higiénicos e motivadores. As condições de trabalho entendidas como as condições físicas, o salário, os benefícios sociais, as políticas organizacionais, o tipo de supervisão, as relações, os regulamentos internos e as oportunidades existentes são fatores higiénicos, pois são preventivos, ou seja, evitam a insatisfação. Os fatores motivacionais estão associados ao conteúdo do trabalho e às tarefas e deveres inerentes, e conduzem à satisfação profissional, pelo aumento da produtividade. Envolvem sentimentos de realização, reconhecimento e desenvolvimento profissional.

Spindola e Santos (2005), referem-se a esta ideia, dizendo que é necessário que o trabalhador se sinta estimulado para sentir uma relação de prazer com o trabalho, em vez de tensão e insatisfação.

Dias (2004), dá ênfase à polivalência da atividade da enfermagem, relacionando-a com uma formação e competências diversificadas. De facto, de acordo com a Universidade Católica Portuguesa (2004), a existência de oportunidades de formação e desenvolvimento tem um impacto positivo na satisfação dos enfermeiros.

#### **2.3.4. Relacionamento Profissional/ Utente e Equipa**

Corresponde ao conjunto de relações humanas estabelecidas entre o enfermeiro e utentes/ família, bem como com a própria equipa, onde está inserido (Graça, 1999).

Segundo Maslow (1954) citado por Chiavenato (1994), as necessidades sociais estão relacionadas com as necessidades de relacionamento como outro e de participar e ser aceite pelo grupo. Quando estas necessidades não estão satisfeitas o indivíduo torna-se hostil e resistente com as pessoas em redor.

Verifica-se, através da perspetiva dos profissionais de enfermagem, que as relações informais interpessoais são frequentemente frágeis, dado a inflexibilidade na comunicação entre os grupos (Universidade Católica Portuguesa, 2004). Em Enfermagem são necessários líderes, com espírito criativo para vivenciar, compreender e pôr em prática as competências de liderança (Higa e Trevizan, 2005).

Segundo FERREIRA et al., (1996), o trabalho em equipa implica a existência de funções, interdependentes, com regras de procedimento estabelecidas e cujos resultados específicos são uma responsabilidade partilhada por todos.

Por último, a violência no trabalho, como agressão física e psicológica, também é destacada pela Universidade Católica Portuguesa (2004), como elemento conducente da relação entre enfermeiro e utente/família.

Em suma, o relacionamento entre enfermeiro/ utente surge das interações estabelecidas entre ambos, durante a prestação de cuidados (Graça, 1999). Neste âmbito importa realçar a cultura organizacional, o nível de comunicação estabelecida, a equipa, o estilo de liderança e as relações estabelecidas no ambiente de trabalho.

#### **2.3.5. Remuneração**

É entendida como a recompensa extrínseca que o enfermeiro recebe pelas funções que exerce no Sistema Nacional de Saúde, incluindo o vencimento base e remunerações complementares. Implica uma noção de equidade, no que diz respeito às recompensas consoante o desempenho, o grau de qualificação, as condições de vida e trabalho, entre outros (Graça, 1999).

A Universidade Católica Portuguesa (2004), diz-nos que a remuneração tem um carácter importante e influencia a satisfação dos enfermeiros.

A remuneração ou salário é normalmente indicada como o fator de maior insatisfação do trabalho dos enfermeiros, face à responsabilidade, competências e conhecimento que apresenta, o que pode influenciar a permanência ou abandono da profissão (Baptista et al., 2005; Angerami et al, 2000). Existe consenso de que os profissionais de enfermagem são mal remunerados tendo em conta os cuidados que prestam e as responsabilidades que assumem (Campbell, 1986 e Roedel e Nystrom, 1988).

### **2.3.6. Segurança no Emprego**

É entendida como a garantia da estabilidade em relação à função ou cargo desempenhado pelo enfermeiro e tendo em conta fatores como o futuro do Sistema Nacional de Saúde e da carreira profissional de Enfermagem (Graça, 1999).

A perda de emprego causa elevados níveis de *stress*, devido à perda de economia e falta de ocupação de tempo (Silva e Cetenico, 2001 citado por Universidade Católica Portuguesa, 2004). É imprescindível dotar os serviços com o número adequado de enfermeiros para que a qualidade e a segurança dos cuidados estejam asseguradas (Sousa, 2006).

De acordo com *International Council of Nurses* (2007), a quantidade de pessoal está relacionada com as contingências de financiamento e não com as necessidades dos doentes e do pessoal. Segundo o mesmo autor, conclui-se que um número mais baixo de enfermeiros e um ambiente organizacional pobre amplifica as possibilidades de ocorrência de acidentes de trabalho, como por exemplo as picadas de agulha (*International Council of Nurses*, 2003).

### **2.3.7. Status e prestígio**

Entende-se como o prestígio socioprofissional decorrente da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, inclui fatores como a auto-estima e auto-confiança no desempenho (Graça, 1999).

De acordo com Ferreira et al. (1996), as necessidades de estima da pirâmide de Maslow estão relacionadas com a parte cognitiva de cada indivíduo, e por isso dizem respeito à maneira como o próprio se vê e avalia. Está relacionado não só com o auto-respeito e consideração mas também com as necessidades de aprovação social, de *status* e prestígio, desejo de poder, independência e autonomia. Leal (2006), nega que o facto de a profissão de enfermagem ser maioritariamente feminina constitua a única razão para a falta de reconhecimento académico e da profissão de Enfermagem.

Segundo a Universidade Católica Portuguesa (2004) os profissionais de enfermagem têm a preocupação de se afirmarem pessoal e profissionalmente através da

formação e preocupam-se com um ambiente de trabalho que lhes permita participar ativamente.

Segundo Figueiredo (1997:21), o “*carácter invisível dos cuidados de enfermagem*” leva a que os próprios enfermeiros subestimem as suas competências. Por exemplo a realização de um penso é visível enquanto que a educação para a saúde não é diretamente palpável.

Em suma, a temática da rotação no trabalho dos enfermeiros e sua influência na satisfação profissional dos mesmos, não está claramente estabelecida nos estudos existentes, nomeadamente em Portugal. Existem inúmeros estudos acerca da satisfação dos profissionais de saúde e particularmente dos enfermeiros. No entanto, estes estudos não se reportam à satisfação criada ou perturbada pelo sistema de rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, pelo que o nível de inovação deste estudo revela-se moderado e tem os objetivos, geral e específicos, descritos seguidamente.

## **2.4 Objetivos**

### **2.4.1 Objetivo geral:**

- Compreender o impacto da rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, na satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta.

### **2.4.2 Objetivos específicos:**

- Descrever características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Descrever o nível de rotação dos enfermeiros, incluídos no sistema de rotação, entre secções do mesmo serviço;
- Descrever o nível de satisfação dos enfermeiros que estão incluídos no sistema de rotação, entre secções do mesmo serviço;
- Descrever a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço;
- Descrever a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, com a satisfação profissional dos enfermeiros;
- Descrever a relação entre rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, com a satisfação profissional dos enfermeiros.

### **3. Material e Métodos**

#### **3.1. Desenho do estudo**

Um paradigma corresponde a um padrão de pensamento ou de conceptualização e a uma forma global de se considerar os fenómenos que orientam o trabalho (Last, 1995). A utilização do método quantitativo permite, através do tratamento estatístico, encontrar relações entre as variáveis dependentes e independentes do estudo, acentuando o seu carácter analítico. Tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos. A objetividade, a predisposição, o controlo e a generalização são características inerentes a este paradigma. (Last, 1995). Este foi o paradigma julgado mais adequado face à natureza da investigação e objetivos do estudo.

O presente estudo é observacional dado que não existe interferência do investigador no decurso dos acontecimentos, sendo estudadas as diferenças e a evolução de uma característica em relação a outras (Last, 1995).

Uma vez que o presente estudo pretende examinar associações “*geralmente supostas ou consideradas, por hipótese, de relação causal*” é, quanto ao objetivo do mesmo - analítico, pois procura possíveis relações de causalidade (Last, 1995:26). Por fim, é transversal, pois estabelece relações que são feitas num único momento, não existindo um período de seguimento (Last, 1995).

#### **3.2. População em estudo**

A população em estudo engloba a totalidade dos enfermeiros do serviço de cirurgia cardiotorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta, que estão incluídos no sistema de rotação no trabalho, entre cuidados intensivos, cuidados intermédios e enfermaria, do mesmo serviço. São 55 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas. Foram, deste modo, incluídos os chefes de equipa que ocasionalmente também entram no sistema de rotação e excluídos os elementos de chefia responsáveis de secção, a enfermeira-chefe ou coordenadora e os elementos de licença de maternidade/paternidade e com atestado médico, que temporariamente não estão no exercício das suas funções – critérios de exclusão.

Não se seleccionou qualquer amostra.

### **3.3. Instrumento de colheita de dados**

Utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário. O questionário ou inquérito é um conjunto de questões ou perguntas utilizado para a recolha de dados de identificação, clínicos, sociais, ocupacionais, etc. (Last, 1995). O inquérito por questionário é bastante fiável se forem respeitados minuciosamente os procedimentos metodológicos. A sua utilização tem como vantagens a sistematização, uma maior simplicidade de análise, a maior rapidez na recolha e análise dos dados e é mais barato (Carmo e Ferreira, 1998).

O questionário é especialmente adequado para o conhecimento de uma população e das suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, os seus valores ou as suas opiniões. É adequado para a analisar fenómenos sociais que se julgam poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos em questão e ainda permite interrogar um grande número de pessoas, ultrapassando o problema de representatividade (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Tendo em conta a natureza do estudo e as variáveis implicadas e visto que o questionário consiste numa das mais importantes técnicas de obtenção de dados no contexto social, simples e fácil de aplicar, podendo ser usada num grande número de pessoas, num curto período de tempo e que requer poucos recursos humanos na sua distribuição e recolha e por permitir testar adequadamente a questão de investigação, foi escolhido o questionário.

Uma das vantagens da escolha e aplicação deste método, é a possibilidade de colher dados de forma imparcial, quantificar os mesmos e realizar a sua análise, a qual pode ser simples, ou através de cruzamento de dados. Algumas desvantagens residem no facto deste instrumento de colheita de dados não permitir o esclarecimento de dúvidas ao inquirido, impedir o conhecimento das circunstâncias em que foi respondido (o que pode interferir na qualidade das respostas), não haver garantias de devolução das respostas, e poder existir falta de objetividade, no caso de existir perguntas com significados diferentes para cada participante.



### 3.3.1. Questionário de avaliação da satisfação profissional

A literatura reporta-nos para vários instrumentos de medida da satisfação profissional, entre eles, o Index para a satisfação no trabalho (IWS) e a escala de satisfação de McCloskey/Mueller (MMSS) (Lynn et al., 2009). Ambos adaptados para o contexto da enfermagem (Mueller e McCloskey, 1990; Stamps, 1997).

No presente estudo, para a recolha de dados, foi escolhido o questionário elaborado por Graça (1999) em “*Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*” com o objetivo de descrever a satisfação profissional dos enfermeiros. Esta escolha deve-se ao facto deste questionário estar adaptado para a cultura e população portuguesa, especificamente para os profissionais de saúde. Foi adaptado por Graça (1999) e aplicado a enfermeiros por Emília Gonçalves (2007), num estudo acerca da satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários, com a realização de um pré teste, no qual não se verificaram dificuldades quanto ao seu preenchimento. Por esse motivo não foi realizado um pré teste referente a esta escala (Gonçalves, 2007a).

Este questionário de satisfação profissional assenta em teorias motivacionais e organizacionais e engloba as seguintes dimensões: autonomia e poder; condições de trabalho e saúde; realização profissional, pessoal e desempenho organizacional; relacionamento profissional/ utente e equipa; remuneração; segurança no emprego; e *status* e prestígio. O questionário utiliza uma escala de atitudes tipo *Likert* de onze pontos, existindo apenas algumas indicações sobre o seu modo de preenchimento (Gonçalves, 2007a).

A variável latente corresponde à satisfação profissional e as variáveis componentes às categorias consideradas por Graça (1999) acima mencionadas e desenvolvidas no enquadramento teórico. Uma variável latente é uma variável definida por um conjunto de outras variáveis, denominadas variáveis componentes, pois compõe a variável latente. As variáveis componentes podem ser medidas através de perguntas de um questionário, chamados itens, que devem ser preferencialmente 4 a 6 para cada variável componente (Hill e Hill, 2009).

Em suma, o questionário adaptado por Graça (1999), destina-se a obter a opinião dos enfermeiros relativamente à variável dependente em estudo - satisfação profissional,

e incluí 43 proposições. É pedido que o participante opte por um dos onze números da escala de intervalos, sendo que o valor 0 correspondente a “nada/mínimo”; o 2 a “muito pouco”; o 5 a “assim-assim, nem pouco nem muito”; o valor 7 equivale ao “bastante”; o 9 ao “muitíssimo sem ser o máximo” e o valor 10 será “muito/máximo”.

Pretendeu-se, neste estudo, que os enfermeiros respondessem, de uma forma sistemática, às questões - A e B, para cada um dos 43 itens. A questão - A, corresponde ao item que “deveria existir”, ou seja, às expectativas (E) e a questão - B, corresponde ao que “existe atualmente” ou seja aos Resultados (R). Deste modo, o grau de satisfação profissional dos enfermeiros foi obtido pela diferença (E-R) entre as expectativas (E) e os resultados (R) obtidos no exercício das suas funções. Assim, assume-se esta ideia ou premissa para todo o estudo. Quanto menor for a diferença entre expectativas e resultados ( $E < R$ ) maior será a satisfação; quanto maior for esta diferença ( $E > R$ ), maior será a não satisfação. Idealmente as expectativas deveriam ser iguais aos resultados ( $E = R$ ) (anexo I).

### **3.3.2. Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional – construção e organização**

O questionário de caracterização sociodemográfica corresponde à primeira parte do questionário, elaborado pela mestranda e destina-se não só a realizar a caracterização sócio-demográfica, bem como a compreender as intenções comportamentais dos participantes relativamente à sua profissão (Hill e Hill, 2009).

Nesta parte, (que corresponde à primeira parte do questionário) referente à caracterização demográfica e à intenção dos participantes em relação à sua profissão, foram acrescentadas questões sobre a organização do trabalho, nomeadamente no que diz respeito à rotação e ao sentimento de satisfação/insatisfação que provoca, tendo em conta os aspetos verbalizados no dia-a-dia pelos enfermeiros. São utilizadas perguntas fechadas e a escala de *Likert*, acerca dos fatores relativos à rotação no trabalho que agradam ou desagradam o enfermeiro(a) (anexo I).

### **3.3.3. Estratégias implementadas na otimização da taxa e resposta ao questionário**

Com a finalidade de informar e aumentar a taxa de resposta ao questionário, foi incluída uma introdução com informação considerada favorável: identificação das instituições científicas e promotora do estudo; explicação dos motivos do mesmo, incluindo o objetivo geral da investigação; garantia da participação voluntária e carácter anónimo do questionário com tratamento confidencial dos dados recolhidos e respetivas formas de divulgação previstas; e a referência à inexistência de respostas certas ou erradas, pedindo a opinião pessoal e sincera do respondente (Hill e Hill, 2009).

Também foi alvo de cuidado a aparência estética do questionário, de modo a facilitar o seu preenchimento e a explicação da sua estrutura na introdução, bem como o fornecimento de instruções para o seu preenchimento ao longo do mesmo (Hill e Hill 2009).

### **3.3.4. Pré-teste**

Antes de recorrer à aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica e profissional foi realizado um pré-teste, aplicado a outro grupo de enfermeiros, de um hospital de Lisboa, sujeitos também a um regime de rotação. Deste processo, por sugestão desta população, resultou a simplificação de alguma linguagem utilizada, não se verificando no entanto, dificuldades no preenchimento do questionário, atestando assim a sua funcionalidade.

## **3.4. Variáveis**

### **3.4.1. Variável independente**

A variável independente corresponde à rotação no trabalho.

Quanto ao número de turnos por enfermeiro, existe uma distribuição mensal do seu número total pelas três secções do serviço de cirurgia cardiotorácica. Esta distribuição resulta num nível de rotação específico que constitui uma variável de interesse. Para a variável nº de turnos em cada secção foi realizado um somatório de

turnos por cada enfermeiro (ou por cada questionário) e foi calculada a média ( $\mu$ ), desvio padrão (dp), mínimo e máximo. Quanto ao número de turnos por cada secção, foi calculada a média ( $\mu$ ), desvio padrão (dp), mediana (me), moda (mo), amplitude interquartilica (aq), mínimo, máximo e percentil 25 e 75.

Ao verificar os percentis referentes aos números de turnos mensais em cada umas das três secções (em número e percentagem, uma vez que o número total de turnos mensais por enfermeiro não é fixo, como se pode verificar ao consultar o horário oficial de trabalho dos enfermeiros deste serviço) constata-se que não existe um padrão linear na distribuição do número de turnos mensais pelas secções. Ora, para determinar a variável rotação preconizou-se, tendo em conta o interesse de análise do ponto de vista da enfermagem, as categorias: rotação inexistente; rotação mínima; rotação intermédia e rotação alta.

Observando a percentagem de número de turnos, em cada secção, de cada enfermeiro foram definidos parâmetros de medida para cada categoria de rotação. Foram considerados enfermeiros com um esquema de rotação inexistente, aqueles cujo número total de turnos mensais foram realizados apenas numa das três secções do serviço de cirurgia cardiorácica. Considerou-se com um esquema de rotação alta os enfermeiros com turnos mensais distribuídos entre as três secções, todos eles entre os valores de 20-47% do número de turnos. Os enfermeiros com rotação intermédia realizaram turnos nas três secções do serviço, numa percentagem menor que 20% e/ou maior que 47%. A rotação mínima considera-se para os enfermeiros que realizaram turnos em apenas duas secções numa proporção até 60% e 40% em cada uma delas.

### **3.4.2. Variável dependente**

A variável dependente é a satisfação profissional dos enfermeiros. Dada a complexidade da variável dependente, uma vez que existem conceitos implicados não diretamente observáveis, é necessário operacionalizar elementos, decompondo a variável em aspetos diferenciados. São seleccionadas as dimensões e os dados observáveis que permitem avaliar essas mesmas dimensões, chamados indicadores (Quivy e Campenhoudt, 1998 citado por Gonçalves, 2007a). O presente trabalho assenta a sua fundamentação teórica em teorias da motivação e da satisfação, nomeadamente a

teoria das expectativas, tendo o objetivo específico de identificar a discrepância entre Expectativas (E) e Resultados (R) ou recompensas.

Para medir a variável dependente foram utilizadas sete dimensões que envolvem as respetivas temáticas incluídas nas proposições, que compõem a referida dimensão. Estas dimensões são do tipo qualitativo, com escala de medida ordinal (Gonçalves, 2007a).

Foram assim definidos vários indicadores para caracterizar a satisfação profissional dos enfermeiros, tendo em conta a perceção dos enfermeiros acerca de:

- Autonomia e poder;
- Condições de trabalho e saúde;
- Realização profissional, pessoal e desempenho organizacional;
- Relação profissional/utente, de trabalho e suporte social;
- Remuneração;
- Segurança no trabalho;
- *Status* e prestígio.

As várias proposições do questionário foram agrupadas tendo em conta estas sete dimensões, definidas por Graça (1999), e já aprofundadas no enquadramento teórico (anexo II).

### **3.4.3. Outras variáveis**

As variáveis sócio-demográficas e profissionais são também variáveis independentes que podem constituir variáveis de confundimento, por isso é importante o seu controlo através da caracterização social, demográfica e profissional da população de enfermeiros (Last, 1995). Assim sendo, foram selecionadas características sociodemográficas e profissionais suscetíveis de contribuir para a satisfação profissional. Inclui-se também questões referentes ao sistema de rotação, que do ponto de vista da enfermagem, são empiricamente importantes para estudo desta componente face à satisfação (quadro 1).

As variáveis que caracterizam o perfil sociodemográfico dos enfermeiros são:

- Sexo;
- Idade;
- Estado civil;
- Existência de filhos e idade dos filhos;

As variáveis abaixo, correspondem à caracterização profissional do enfermeiro, com especial foco no exercício da sua profissão no serviço de cirurgia cardiotorácica::

- Nível de ensino mais elevado que frequentou ou frequenta;
- Se tem especialidade de enfermagem e tipo de especialidade;
- Anos de exercício da profissão de enfermagem.
- Horas semanais de trabalho no serviço de cirurgia cardiotorácica;
- Ser chefe de equipa no serviço de cirurgia cardiotorácica;
- Anos de exercício da profissão no serviço de cirurgia cardiotorácica;
- Se trabalha noutro local para além do serviço de cirurgia cardiotorácica;
- Se sim, se trabalha no sector da saúde;
- Qual o sector (se não trabalha no sector da saúde);
- Em qual dos seguintes locais específico trabalha, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica;

Por último, as variáveis que se seguem de cariz também profissional, dizem respeito ao sistema de rotação em específico:

- Secção/sector de origem antes do sistema de rotação ter início;
- Secção ou secções onde já trabalhou desde que o sistema de rotação teve início;
- Número de turnos em cada secção no último mês;
- Satisfação geral com o sistema de rotação;
- Satisfação quanto ao número de turnos em cada secção;
- Satisfação quanto à alternância na prática das rotinas habituais de cada secção;
- Satisfação quanto ao ritmo de trabalho de cada secção;
- Satisfação quanto à variedade da tecnicidade de cada secção;
- Satisfação quanto ao espaço e localização do material de cada secção;
- Satisfação quanto à relação profissional entre colegas de profissão em cada secção.

<b>QUADRO 1 – Caracterização das variáveis independentes sociodemográficas e profissionais- Operacionalização das variáveis</b>				
<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Domínio</b>
<b>Sexo</b>	Descreve o sexo do indivíduo	Qualitativa	Nominal	0. Feminino 1. Masculino
<b>Idade</b>	Descreve a idade do indivíduo	Quantitativa	Numérica	Em anos completos
<b>Estado civil</b>	Descreve o estado civil do indivíduo	Qualitativa	Nominal	0. Solteiro(a) 1. Casado(a) / Unido(a) de facto 2. Separado(a) / Divorciado(a) 3. Viúvo(a)
<b>Existência de filhos</b>	Descreve se o indivíduo tem filhos	Qualitativa	Nominal	0. Não 1. Sim
<b>Idade dos filhos</b>	Descreve a idade dos filhos do indivíduo	Quantitativa	Ordinal	Filho “n”:  0. [0-3] anos 1. [3-10] anos 2. 10 anos ou mais
<b>Nível de ensino mais elevado que frequentou ou frequenta</b>	Descreve o nível de ensino mais elevado que o indivíduo frequentou ou frequenta	Qualitativa	Ordinal	0. Bacharelato 1. Licenciatura 2. Mestrado 3. Doutorado
<b>Se tem especialidade de enfermagem</b>	Descreve se o indivíduo tem especialidade de enfermagem	Qualitativa	Nominal	0. Não 1. Sim
<b>Tipo de especialidade</b>	Descreve qual a especialidade de enfermagem do indivíduo	Qualitativa	Nominal	Agrupado de acordo com as respostas
<b>Anos de exercício da profissão de enfermagem</b>	Descreve o número de anos de exercício da profissão de enfermagem	Quantitativa	Numérica	Em anos completos
<b>Horas semanais de trabalho no serviço de cirurgia cardiotorácica</b>	Descreve o número de horas semanais de trabalho no serviço de cirurgia cardiotorácica	Quantitativa	Nominal	0. 30 horas 1. 40 horas
<b>Ser chefe de equipa no serviço de cirurgia cardiotorácica</b>	Descreve se o indivíduo é chefe de equipa, no serviço de cirurgia cardiotorácica	Qualitativa	Nominal	0. Não 1. Sim

Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio
<b>Anos de exercício da profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiotorácica</b>	Descreve o número de anos de exercício da profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiotorácica	Quantitativa	Numérica	Em anos completos
<b>Se trabalha noutra local, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica</b>	Descreve se o indivíduo trabalha noutra local para além do serviço de cirurgia cardiotorácica	Qualitativa	Nominal	0. Não 1. Sim
<b>Se sim, se trabalha no sector da saúde</b>	Descreve se o local de trabalho, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica, é no sector da saúde	Qualitativa	Nominal	0. Não 1. Sim
<b>Qual o sector (se não trabalha no sector da saúde)</b>	Descreve o sector onde o indivíduo trabalha (se não trabalha no sector da saúde), para além do serviço de cirurgia cardiotorácica.	Qualitativa	Nominal	Agrupado de acordo com as respostas.
<b>Em que local específico trabalha, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica</b>	Descreve o local do trabalho do indivíduo, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica	Qualitativa	Nominal	0. Hospital público 1. Hospital privado 2. Centro de saúde 3. Outro, Qual?
<b>Secção/sector de origem antes do sistema de rotação ter início</b>	Descreve o sector de origem do enfermeiro antes do sistema de rotação ter início	Qualitativa	Nominal	0. Unidade de Cuidados Intensivos 1. Unidade de Cuidados Intermédios 2. Enfermaria/ Consulta
<b>Secção ou secções onde já trabalhou desde que o sistema de rotação teve início</b>	Descreve a secção ou secções onde o enfermeiro já trabalhou desde que o sistema de rotação teve início	Qualitativa	Nominal	0. Unidade de Cuidados Intensivos 1. Unidade de Cuidados Intermédios 2. Enfermaria/ Consulta
<b>Número de turnos em cada secção no último mês</b>	Descreve o número de turnos, em média, que o enfermeiro trabalhou em cada secção	Quantitativa	Numérica	Número de turnos em cada sector: Unidade de Cuidados Intensivos; Unidade de Cuidados Intermédios; e Enfermaria/ Consulta.
<b>Satisfação geral com o sistema de rotação</b>	Descreve o nível de satisfação geral do enfermeiro com o sistema de rotação implementado	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito



Variável	Descrição	Tipo	Escala	Domínio
<b>Satisfação quanto ao número de turnos em cada secção</b>	Descreve o nível de satisfação do enfermeiro quanto ao número de turnos em cada secção, no sistema de rotação	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito
<b>Satisfação quanto à alternância na prática das rotinas habituais de cada secção</b>	Descreve o nível de satisfação do enfermeiro quanto à alternância na prática das rotinas habituais de cada secção, no sistema de rotação	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito
<b>Satisfação quanto ao ritmo de trabalho de cada secção</b>	Descreve o nível de satisfação do enfermeiro quanto ao ritmo de trabalho de cada secção, no sistema de rotação	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito
<b>Satisfação quanto à técnica de cada secção</b>	Descreve o nível de satisfação do enfermeiro quanto à variedade de técnica de cada secção, no sistema de rotação	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito
<b>Satisfação quanto à localização do material de cada secção</b>	Descreve o nível de satisfação do enfermeiro quanto à localização de material de cada secção, no sistema de rotação	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito
<b>Satisfação quanto à relação profissional entre colegas de profissão de cada secção</b>	Descreve o nível de satisfação do enfermeiro quanto ao relacionamento profissional em cada secção, no sistema de rotação	Qualitativa	Nominal	0. Muito Satisfeito 1. Satisfeito 2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito 3. Insatisfeito 4. Muito Insatisfeito

### **3.5. Implementação do estudo**

Para a realização deste estudo, a investigadora realizou um pedido formal ao conselho de administração do Hospital de Santa Marta (anexo III). Foi elaborado um documento escrito formal e entregue à enfermeira-chefe em Outubro de 2011, que após discussão com o diretor clínico fez seguir o pedido para o conselho de administração. O conselho de administração concedeu autorização para o estudo no final de Dezembro de 2011, sem recorrer à comissão de ética do hospital, por entender não ser necessário, uma vez que o estudo não envolve informação de utentes (anexo IV).

Foi também elaborado um pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical em Outubro de 2011, sendo concedida autorização para avançar com a investigação, com a sugestão de medidas mais específicas na distribuição e recolha dos questionários, as quais foram imediatamente incorporadas no estudo e indexadas como adenda ao pedido de autorização realizado ao hospital (anexo V).

Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2012, os questionários foram distribuídos, aos enfermeiros por um enfermeiro do serviço, e entregues no secretariado, em envelope fechado. As instruções de entrega foram fornecidas na introdução do questionário. A recolha, junto do secretariado, foi efetuada pela investigadora após entrega de todos os questionários. Em nenhum momento a investigadora esteve diretamente em contacto com os participantes, durante o preenchimento dos questionários.

### **3.6. Análise dos dados**

O tratamento de dados foi realizado informaticamente através do recurso ao computador e da construção de uma matriz de resultados. Foram utilizados os programas Microsoft Office Excel e o Statistical Package for the Social Science (SPSS) na versão 20.0.

Foi realizada a análise exploratória dos dados e estatística descritiva, de modo a identificar aspetos e padrões de interesse. Esta análise consiste na determinação de medidas de frequência, de localização e de dispersão (Gonçalves, 2007b). Para as variáveis quantitativas, como medidas de localização foi calculada a média, mediana, moda, valores máximos/mínimos, e quartis. Como medidas de dispersão foi

determinado o desvio padrão (dp) e a amplitude interquartílica (aq) (Maroco, 2007). Globalmente, para as variáveis qualitativas nominais, foram calculadas medidas de frequências absolutas e relativas, enquanto que, para as variáveis qualitativas ordinais foram calculadas medidas de frequência relativa e acumulada (Gonçalves, 2007b).

Relativamente à escala de Graça (1999) e especificamente ao tratamento da escala de atitudes, tipo *Likert*, foi utilizado o seguinte procedimento: a cada uma das onze alternativas de resposta a cada proposição, foram atribuídas diferentes valorizações, com o objetivo de determinar o *score* máximo e o *score* mínimo esperado para cada proposição (Gonçalves, 2007a).

Deste modo, nas proposições formuladas os pesos foram atribuídos em ordem decrescente, sendo esta a escala para medir as proposições referentes às expectativas e aos resultados (quadro 2).

<b>QUADRO 2 – Escala de satisfação profissional (de 0 a 10) (Gonçalves, 2007a)</b>	
Totalmente satisfeito	10
Muitíssimo satisfeito	9
Muito satisfeito	8
Bastante satisfeito	7
Satisfeito	6
Nem satisfeito, nem não satisfeito	5
Não satisfeito	4
Bastante não satisfeito	3
Muito não satisfeito	2
Muitíssimo não satisfeito	1
Totalmente não satisfeito	0

A escala para medir os *scores* de satisfação profissional globais e específicas para cada dimensão é igualmente de 0 a 10, em que o valor 0 é o valor máximo e o 10 é o valor mínimo. As proposições foram associadas, de acordo com os fatores para medir a variável dependente, tal como anteriormente se verificou no quadro 1 (quadro 3) (Gonçalves, 2007a).

<b>QUADRO 3 – Escala de <i>scores</i> de satisfação profissional (de 0 a 10) (Gonçalves, 2007a)</b>	
Totalmente satisfeito	0
Muitíssimo satisfeito	>0 e <1
Muito satisfeito	≥1 e <2
Bastante satisfeito	≥2 e <3
Satisfeito	≥3 e <4
Nem satisfeito, nem não satisfeito	≥4 e <5
Não satisfeito	≥5 e <6
Bastante não satisfeito	≥6 e <7
Muito não satisfeito	≥7 e <8
Muitíssimo não satisfeito	≥8 e <9
Totalmente não satisfeito	≥9 até 10

Dentro de cada dimensão, e para cada item, foi calculada a discrepância através da subtração entre resultado e expectativa. A soma dos valores da discrepância foi dividida pelo nº de itens de modo a obter a satisfação dentro de cada dimensão.

A satisfação global foi calculada através da soma das 43 discrepâncias a dividir pelo total dos itens (Gonçalves, 2007a). Quanto mais próximo de zero maior será a satisfação profissional, quanto mais afastado de zero, maior a não satisfação.

Para analisar potenciais confundimentos com a variável rotação (variável nominal/categórica ordinal) foram testadas associações entre esta variável e as variáveis sociodemográficas e profissionais (variáveis nominais/categóricas): sexo; estado civil; existência de filhos; nível de ensino; horas de trabalho semanais; chefe de equipa; trabalha noutro local para além do serviço de cirurgia cardiorácica; proveniência dos enfermeiros antes do sistema de rotação ser implementado; e escala de satisfação de *Likert* quanto à rotação e a aspetos específicos deste sistema. Para tal, foi utilizado o teste do Qui-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ) (Maroco, 2007).

Nos casos em que os pressupostos de aplicação do teste do Qui-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ) não foram cumpridos, ou seja, quando o número de respondentes foi inferior a 20, quando pelo menos em alguma das células da tabela de contingência as frequências esperadas foram inferiores a 1 ou quando pelo menos 80% das frequências esperadas foram superiores ou iguais a 5, utilizou-se o teste não paramétrico de *Fisher*

(F). Importa referir que embora o teste não paramétrico de *Fisher* (F) seja tradicionalmente usado em tabelas 2 x 2, em rigor o teste pode ser aplicado em qualquer tabela de contingência nas versões 13 e seguintes do SPSS e recorrendo sempre ao módulo *Exact tests* do SPSS. (Maroco, 2007).

Para estas variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional foi também realizada estatística descritiva através do cálculo das percentagens dentro dos grupos comparativos.

Para avaliar a associação entre a rotação e variáveis numéricas – idade; anos de profissão de enfermagem; e anos de exercício da profissão de enfermagem, no serviço de cirurgia cardiotorácica – foi realizado o teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis* (KW), dado que não foi possível validar os pressupostos (normalidade das distribuições, validado pelo teste de *Shapiro-Wilk*, e homogeneidade das variâncias) do teste paramétrico Análise de Variância (ANOVA) (Maroco, 2007). Quanto à estatística descritiva, para estas variáveis foram calculados: média ( $\mu$ ), desvio padrão (dp), mediana (me), mínimo, máximo e quartil 1 e 2 ou percentil 25 e 75.

Para analisar potenciais confundimentos com a variável satisfação global (variável numérica contínua) foram testadas associações desta variável com as variáveis sociodemográficas e profissionais (nominais/categóricas e dicotómicas): sexo; existência de filhos; horas de trabalho semanais; chefe de equipa; trabalha noutro local para além do serviço de cirurgia cardiotorácica; proveniência dos enfermeiros antes do sistema de rotação ser implementado; e secções onde já trabalhou; foi usado o teste t de *Student* (t) para amostras independentes (Maroco, 2007). Quando os pressupostos de aplicação do teste t de *Student* não foram cumpridos (normalidade das distribuições, validado pelo teste de *Shapiro-Wilk*, e homogeneidade das variâncias, validado pelo teste de *Levene*) foi usado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (U) (Maroco, 2007).

Para as variáveis sociodemográficas e profissionais (nominais/categóricas com mais de duas categorias): estado civil; nível de ensino; e escala de satisfação de *Likert* quanto à rotação e a aspetos específicos deste sistema; foi realizado o teste paramétrico Análise de Variância (ANOVA). Sempre que não foi possível validar os seus pressupostos (normalidade das distribuições, validado pelo teste de *Shapiro-Wilk*, e

homogeneidade das variâncias) foi realizado o teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis* (KW) (Maroco, 2007).

A estatística descritiva quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais tendo em conta variável dependente – satisfação global, corresponde ao cálculo da média ( $\mu$ ), desvio padrão (dp), mediana (me), mínimo, máximo e quartil 1 e 2 ou percentil 25 e 75.

Para testar a associação entre a satisfação e variáveis numéricas como – idade; anos de profissão de enfermagem; horas de trabalho semanais; chefe de equipa; anos de exercício da profissão de enfermagem, no serviço de cirurgia cardiorácica; e número de turnos em cada sector no último mês - seria usado o teste do Coeficiente de Correlação de *Pearson* ( $r$ ). Como não foram verificados os pressupostos de aplicação deste teste (relação linear entre variáveis e proveniência de distribuições normais, validado pelo teste de *Shapiro-Wilk*) usou-se em alternativa o teste não paramétrico do Coeficiente de Correlação de *Spearman* ( $r_s$ ) (Maroco, 2007).

Por fim, foi testada a associação entre a variável independente – rotação e a variável dependente – satisfação global. Foi também testada a associação da variável rotação com a satisfação calculada para cada uma das sete dimensões consideradas por GRAÇA (1999) (calculadas para cada enfermeiro). Foi realizado o teste paramétrico Análise de Variância (ANOVA). Sempre que não foi possível validar os seus pressupostos (normalidade das distribuições, validado pelo teste de *Shapiro-Wilk*, e homogeneidade das variâncias) foi realizado o teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis* (KW) (Maroco, 2007). A estatística descritiva quanto a estas variáveis corresponde ao cálculo da média ( $\mu$ ), desvio padrão (dp), mediana (me), mínimo, máximo e quartil 1 e 2 ou percentil 25 e 75.

Para as variáveis – número de filhos e grupo etário dos mesmos, não foi testada associação com as variáveis rotação e satisfação global, dado o resultado da associação da variável – existência de filhos, não ser estatisticamente significativo. Do mesmo modo não se testou a variável referente ao – sector de trabalho, de quem apresentava duplo emprego e para o – local desse emprego. Para a variável especialidade, visto o número de enfermeiros especialistas ser inexpressivo também não foi realizado teste de associação com as variáveis rotação e satisfação global.

Tendo em conta que as variáveis – secções onde já trabalhou desde que o sistema rotação teve início e nº de turnos em cada secção – determinam diretamente a variável rotação não foi realizado teste de associação entre a rotação e estas variáveis.

Os anos de profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiorádica quando menores que 1 foram arredondados para 1 ano.

Na análise estatística considerou-se em 5% o valor de significância (D'Hainaut, 1992).

Não existiram dados omissos nem respostas nulas ou erradas.

### **3.7. Considerações éticas e legais**

De acordo com Last (1995), o consentimento voluntário é dado por um sujeito (ou responsável próximo) para a participação num estudo, programa de imunização, tratamento, regime, etc., depois do sujeito ser informado sobre o objetivo, métodos, procedimentos, benefícios e riscos, e, quando relevante, o grau de incerteza acerca do resultado do estudo. O sujeito tem de ter conhecimento e compreender que o consentimento é dado livremente, sem coação ou influência indevida, e que tem direito de sair do estudo a qualquer momento. Lobiondo-Wood e Haber (2001), consideram que este é o instrumento que afere se o sujeito, deve ou não participar da pesquisa sem indução indevida, nem qualquer elemento de força, subterfúgios, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coação. Devem ser fornecidas aos participantes todas as informações necessárias de modo explícito e esclarecido relativamente à sua participação.

Para a realização do presente estudo foi realizado um pedido formal ao conselho de administração do Hospital de Santa Marta, e submetido um pedido de parecer à Comissão de Ética do Instituto de Higiene Medicina Tropical, que foi positivo (como já mencionado no capítulo de implementação do estudo).

Na introdução do questionário, o respondente foi informado acerca das instituições científicas envolvidas na investigação e qual o seu objetivo. Foi também pedida uma opinião pessoal e sincera, tendo sido referido que no questionário não existiam respostas certas ou erradas.

Os questionários foram de preenchimento voluntário, de entre a população do estudo, sendo assegurada a confidencialidade e salvaguarda dos direitos e bem-estar dos participantes. Foi seguido o esquema estipulado para entrega e recolha dos questionários e procedeu-se ao armazenamento dos dados recolhidos, estando estes apenas disponíveis para a investigadora. Todos os dados recolhidos foram informatizados e codificados, de forma a garantir o anonimato.

De entre as instruções de preenchimento, foi pedido o preenchimento dos questionários com caneta de cor azul. Não foram elaboradas respostas de desenvolvimento para evitar a identificação da letra do enfermeiro(a).

A autora declara não existirem conflitos de interesse na realização deste estudo.



## 4. Resultados

### 4.1. Taxa de participação no estudo e taxa de resposta ao questionário

A taxa de participação no estudo correspondeu à taxa de resposta ao questionário, que foi de 100% (N=55).

### 4.2. Caracterização sociodemográfica

O grupo de 55 enfermeiros que responderam ao questionário tinha uma média de idades de 31,5 anos (dp=5,1 anos) e era constituído por 69,1% (N=38) enfermeiras e 30,9% (N=17) enfermeiros (quadro 4).

A percentagem de casados(as)/unidos(as) de facto e de solteiros(as) era muito próxima (49,1%; N=27 e 47,3%; N=26, respetivamente) (quadro 4).

A maioria dos profissionais não tinha filhos (69,1%; N=38). Dos enfermeiros com filhos a maioria tinha 1 filho (N=15; 88,2%), sendo o grupo etário mais frequente o dos 0-3 anos (N=11; 64,7%) (quadro 4).

**QUADRO 4 – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros – frequências absolutas (N) e relativas (%)**

Variáveis Sociodemográficas	N (%)
<b>Sexo (n=55)</b>	
Feminino	38 (69,1)
Masculino	17 (30,9)
<b>Estado Civil (n=55)</b>	
Solteiro(a)	26 (47,3)
Casado(a)/ Unido(a) de facto	27 (49,1)
Separado(a)/ Divorciado	2 (3,6)
<b>Existência de Filhos (n=55)</b>	
Não	38 (69,1)
Sim	17 (30,9)

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>N (%)</b>
<b>Número de filhos (n=17)</b>	
1	15 (88,2)
2	2 (11,8)
<b>Idade dos filhos (n=17)</b>	
Filho 1 (n=17)	
0-3 anos	11 (64,7)
3-10 anos	2 (11,8)
10 ou mais anos	4 (23,5)
Filho 2 (n=2)	
3-10 anos	1 (50)
10 ou mais anos	1 (50)

#### **4.3.Caracterização profissional**

A maioria dos enfermeiros possuía uma licenciatura (N=40; 72,7%), enquanto que 25,5% (N=14) dos profissionais tinha grau académico de mestre (quadro 5).

Noventa e seis vírgula quatro por cento (N=53) dos enfermeiros não possuíam especialidade em enfermagem, sendo enfermeiros de cuidados gerais. Os dois especialistas existentes (3,6%) possuíam a especialidade de Enfermagem Comunitária (quadro 5).

Em média, os enfermeiros exerciam a sua profissão há 8,7 anos (dp=4,6 anos). Até metade dos enfermeiros exercia há 7 anos (aq=5 anos). O mais frequente era exercerem há 7 anos sendo o valor mínimo de exercício profissional 2 anos e o máximo 22 anos.

No que diz respeito ao serviço de cirurgia cardiorácica, a maioria dos enfermeiros trabalhava 40 horas semanais (N=41; 74,5%), enquanto que os restantes trabalhavam 35 horas (N=14; 25,5%) (quadro 5).

Existiam 9 chefes de equipa (16,4%) de um total de 55 enfermeiros (N=46; 83,6%) (quadro 5).

Em média, os enfermeiros trabalhavam no serviço de cirurgia cardiotorácica há 7,5 anos (dp=3,9 anos). O mais frequente era trabalharem há 6 anos. Até metade dos enfermeiros trabalhava há 7 anos ou menos (aq=2 anos). O tempo mínimo de exercício naquele serviço era 1 ano e o máximo 20 anos.

Sessenta e três vírgula seis (N=35) dos enfermeiros não tinham duplo emprego. Os restantes 36,4% (N=20) trabalhavam noutra local para além do serviço de cirurgia cardiotorácica. Destes enfermeiros, 85,0% (N=17) trabalhavam no sector da saúde e 15,0% (N=3) trabalhavam no sector da educação. Dos que trabalhavam no sector saúde, 29,4% (N=5) tinham como segundo emprego um hospital privado e clínica privada/laboratório (N=5; 29,4%). 17,6% (N=3) trabalhava em saúde ocupacional/ medicina do trabalho (quadro 5).

**QUADRO 5 – Caracterização profissional dos enfermeiros – frequências absolutas (N) e relativas (%)**

<b>Variáveis Profissionais</b>	<b>N (%)</b>
<b>Nível de Ensino (n=55)</b>	
Bacharelato	1 (1,8)
Licenciatura	40 (72,7)
Mestrado	14 (25,5)
<b>Especialidade (n=55)</b>	
Não	53 (96,4)
Sim	2 (3,6)
Se sim, Qual? Enfermagem Comunitária	2 (100,0)
<b>Horas semanais de trabalho (n=55)</b>	
35 horas	14 (25,5)
40 horas	41 (74,5)

<b>Variáveis Profissionais</b>	<b>N (%)</b>
<b>Chefe de equipa (n=55)</b>	
Não	46 (83,6)
Sim	9 (16,4)
<b>Trabalha noutra local além do serviço de cirurgia cardiotorácica (n=55)</b>	
Não	35 (63,6)
Sim	20 (36,4)
<b>Sector de trabalho do “segundo” local de trabalho (n=20)</b>	
Saúde	17 (85,0)
Ensino	3 (15,0)
<b>No sector saúde: em que local? (n=17)</b>	
Hospital privado	5 (29,4)
Clínica privada/ Laboratório	5 (29,4)
Saúde ocupacional/ Medicina do trabalho	3 (17,6)
Hospital público	1 (5,9)
Ensino em Saúde	1 (5,9)
Instituto de Solidariedade Social	1 (5,9)
Seguros de Saúde	1 (5,9)

#### **4.4.Rotação no serviço de cirurgia cardiotorácica**

Antes do sistema de rotação ser implementado 56,3% (N=31) dos enfermeiros tinham trabalhado sempre ou a maior parte das vezes na UCI, 16,4% (N=9) na UTI e 9,1% (N=5) na Enf/Cons. Existe um quarto grupo que se considerou simultaneamente proveniente da UTI e da Enf/Cons. que corresponde a 10 enfermeiros (18,2%) (quadro 7).

Desde a implementação do sistema de rotação todos os enfermeiros já tinham trabalhado nas secções UCI e UTI (N=55; 100%). Quanto à secção Enf/Cons. encontrámos 30 enfermeiros (54,5%) que já rodaram por esta secção e 25 enfermeiros

(45,5%) que não o fizeram. Verifica-se que os 25 enfermeiros que não rodaram pela secção Enf/Cons. provinham todos da UCI (quadro 6).

**QUADRO 6 – Caracterização da rotação, entre sectores, dos enfermeiros da cirurgia cardiotorácica – frequências absolutas (N) e relativas (%)**

Variáveis Profissionais: Rotação		N (%)
<b>Proveniência do enfermeiro antes da rotação</b>		
UCI		31 (56,3)
UTI		9 (16,4)
Enf/Cons		5 (9,1)
UTI e Enf/Cons		10 (18,2)
<b>Secções onde já trabalhou desde que o sistema de rotação teve início</b>		
UCI	Não	0 (0)
	Sim	55 (100,0)
UTI	Não	0 (0)
	Sim	55 (100,0)
Enf/ Cons	Não	25 (45,5)
	Sim	30 (54,5)

A média de turnos realizados no serviço de cirurgia cardiotorácica, no mês que antecedeu o preenchimento do questionário, por cada enfermeiro foi de 19 turnos (dp=1,6 turnos). Existiam enfermeiros que no mínimo realizaram 14 turnos e no máximo 21 turnos mensais (quadro 7).

**QUADRO 7 – Distribuição do nº de turnos por enfermeiro e por secção (frequência absoluta; média; desvio padrão; mediana; amplitude interquartílica; moda, mínimo e máximo)**

	UCI Nº turnos	UTI Nºturnos	Enf/Cons Nº turnos
N	55	55	55
Média (dp)	12,9 (6,9)	2,4 (3,2)	3,5 (4,9)
Mediana (aq)	17,0 (14)	1,0 (4)	0,0 (8)
Moda	19	0	0
Mínimo	0	0	0
Máximo	21	10	21

A maioria dos enfermeiros apresentava rotação inexistente (N=25; 45,5%). Dezanove enfermeiros (29,1%) apresentavam rotação intermédia e 9 (16,4%) rotação mínima. Apenas 5 enfermeiros (9,1%) tinham rotação alta.

#### 4.4.1. Satisfação com o sistema de rotação

O mais frequente era os enfermeiros estarem insatisfeitos com o sistema de rotação entre secções/ sectores (N=24; 43,6%) e nem satisfeitos nem insatisfeitos com o número de turnos que realizavam em cada secção (N=23; 41,8%), a prática alternada das suas rotinas (N=26; 47,2%), o ritmo de trabalho inerente a cada secção (N=27; 49,1%), a tecnicidade de cada sector (N=20; 36,4%) e a localização do material de cada secção (N=18; 32,7%). A maioria dos enfermeiros considerou-se satisfeita com a relação estabelecida com os colegas de profissão de cada secção (N=35; 63,6%) (quadro 8).

**QUADRO 8 – Nível de satisfação dos enfermeiros com o sistema de rotação – frequências absolutas (N), relativas (%) e acumuladas (% cumulativa)**

Satisfação com:	N (%)	% cumulativa
<b>O sistema de rotação no trabalho entre secções (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	8 (14,5)	14,5
Insatisfeito	24 (43,6)	58,1
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	14 (25,5)	83,6
Satisfeito	9 (16,4)	100,0
Muito Satisfeito	0 (0)	100,0
<b>Número de turnos por secção numa (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	5 (9,1)	9,1
Insatisfeito	11 (20,0)	29,1
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	23 (41,8)	70,9
Satisfeito	16 (29,1)	100,0
Muito Satisfeito	0 (0)	100,0

Satisfação com:	N (%)	% cumulativa
<b>Rotinas habituais por secção (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	3 (5,5)	5,5
Insatisfeito	11 (20,0)	25,5
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	26 (47,2)	72,7
Satisfeito	15 (27,3)	100,0
Muito Satisfeito	0 (0)	100,0
<b>Ritmo de trabalho por secção (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	5 (9,1)	9,1
Insatisfeito	8 (14,5)	23,6
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	27 (49,1)	72,7
Satisfeito	15 (27,3)	100,0
Muito Satisfeito	0 (0)	100,0
<b>Tecnicidade por secção (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	4 (7,3)	7,3
Insatisfeito	11 (20,0)	27,3
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	20 (36,4)	63,7
Satisfeito	19 (34,5)	98,2
Muito Satisfeito	1 (1,8)	100,0
<b>Localização do material por secção (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	3 (5,5)	5,5
Insatisfeito	18 (32,7)	38,2
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	18 (32,7)	70,9
Satisfeito	16 (29,1)	100,0
Muito Satisfeito	0 (0)	100,0
<b>Relação profissional entre colegas de profissão por secção (n=55)</b>		
Muito Insatisfeito	0 (0)	0
Insatisfeito	2 (3,6)	3,6
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	13 (23,7)	27,3
Satisfeito	35 (63,6)	90,9
Muito Satisfeito	5 (9,1)	100,0

#### 4.5. Satisfação no serviço de cirurgia cardiotorácica

A média de satisfação global no trabalho foi de 3,7 (dp=1,3), o que corresponde a – satisfeito, na escala de *Likert* de Graça (1999). Até 50% dos enfermeiros estava satisfeito, sendo que a mediana corresponde a 3,7 (satisfeito) com um mínimo de 0,5 (muitíssimo satisfeito) e um máximo de 7,0 (muito não satisfeito). Importa relembrar que quanto mais próximo de zero maior a satisfação profissional, quanto mais afastado de zero, maior a não satisfação (quadro 9).

**QUADRO 9 – Satisfação global no trabalho – frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

N	55
Média (dp)	3,7 (1,3)
Mediana (aq)	3,7 (1,4)
Moda	2,8 <sup>a</sup>
Mínimo	0,5
Máximo	7,0

a. Existem múltiplas *modas*. O valor mais baixo é mostrado na tabela.

Se realizarmos a correspondência de valores numéricos à escala de *Likert* de Graça (1999) podemos concluir que o mais frequente (34,5%; N=19) era os enfermeiros sentirem-se nem satisfeitos, nem não satisfeitos na sua atividade profissional (quadro 10).

**QUADRO 10 – Distribuição do número de enfermeiros do serviço de cirurgia cardiotorácica por nível de satisfação global, numa escala de *Likert* – frequência absoluta (N), relativa (%) e acumulada (% cumulativa)**

	N	%	% cumulativa
Bastante não satisfeito	2	3,6	3,6
Não satisfeito	4	7,3	10,9
Nem satisfeito, nem não satisfeito	19	34,5	45,4
Satisfeito	17	30,9	76,3
Bastante satisfeito	7	12,7	89,0
Muito satisfeito	5	9,1	98,1
Muitíssimo satisfeito	1	1,9	100,0
Total	55	100,0	

A média de satisfação em termos de autonomia e poder, foi de 3,6 (dp=1,4), o que corresponde a satisfeito. Em termos de condições de trabalho e saúde, os



enfermeiros sentiam-se, em média, satisfeitos ( $\mu=3,6$ ;  $dp=1,4$ ). Os enfermeiros estavam satisfeitos ( $\mu=3,8$ ;  $dp=1,5$ ) com a sua realização profissional, pessoal e desempenho organizacional. A média de satisfação da dimensão de relação pessoa/utente e de trabalho e suporte social foi de 3,1 ( $dp=1,4$ ), o que corresponde a satisfeito. Na dimensão remuneração, a média de satisfação foi de 5,4 ( $dp=2,3$ ) o que corresponde a não satisfeito. Na segurança no emprego, os enfermeiros sentiam-se, em média, não satisfeitos ( $\mu=5,0$ ;  $dp=1,8$ ). Por fim, o *status* e prestígio correspondeu a uma média de satisfação de 2,7 ( $dp=1,2$ ), ou seja, os enfermeiros estavam bastante satisfeitos nesta dimensão (quadro 11). A distribuição percentual por nível de satisfação para cada uma das dimensões pode ser consultada no anexo VI.

**QUADRO 11 – Distribuição por dimensão de satisfação (N=55) – média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Autonomia e Poder	Condições de Trabalho e Saúde	Realização profissional, pessoal e desempenho organizacional	Relação pessoa/utente e de trabalho e suporte social	Remuneração	Segurança no emprego	Status e prestígio
Média (dp)	3,6 (1,4)	3,6 (1,4)	3,8 (1,5)	3,1 (1,4)	5,4 (2,3)	5,0 (1,8)	2,7 (1,2)
Mediana (aq)	3,6 (2,0)	3,5 (2,0)	3,8 (2,4)	3,0 (2,0)	5,3 (3,7)	5,0 (2,2)	2,4 (1,4)
Moda	3,0 <sup>a</sup>	2,8 <sup>a</sup>	3,9	3,0	4,3 <sup>a</sup>	5,4	2,2
Mínimo	0,6	0,3	0,7	0,4	0,7	0,4	0,4
Máximo	7,0	6,5	7,2	6,0	9,7	9,8	6,4

a. Existem múltiplas *modas*. O valor mais baixo é mostrado na tabela.

#### 4.6. Rotação no trabalho: Análise da variação da rotação no trabalho de acordo com as características sociodemográficas, profissionais e de satisfação

##### 4.6.1. Rotação e variáveis sociodemográficas

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na distribuição da variável rotação no sexo masculino e feminino ( $F=3,9$ ;  $p=0,26$ ) (quadro 12).

**QUADRO 12 – Distribuição dos enfermeiros por sexo e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Sexo do profissional	Feminino	N	18	5	13	2	38
		%	47,4%	13,2%	34,2%	5,3%	100,0%
	Masculino	N	7	4	3	3	17
		%	41,2%	23,5%	17,6%	17,6%	100,0%
Total	N		25	9	16	5	55
	%		45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existiam diferenças estatisticamente significativas em termos de idade dos indivíduos, consoante o tipo de rotação executado ( $KW=0,6$ ;  $p=0,91$ ) (quadro 13).

**QUADRO 13 – Distribuição da variável idade por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartilica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	31,7 (5,2)	32,3 (5,9)	31,4 (5,4)	29,6 (3,0)
Mediana (aq)	30 (5)	29 (7)	29 (4)	30 (2)
Mínimo	25	27	28	26
Máximo	47	44	47	34

Não foram encontradas diferenças na distribuição da rotação pelo estado civil ( $F=0,7$ ;  $p=0,9$ )<sup>2</sup> (quadro 14).

**QUADRO 14 – Distribuição dos enfermeiros por estado civil e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Estado Civil	solteiro(a) e	N	12	5	9	2	28
	separado(a)/divorciado (a)	%	42,9%	17,9%	32,1%	7,1%	100,0%
	casado(a)/unido(a) de	N	13	4	7	3	27
	facto	%	48,1%	14,8%	25,9%	11,1%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não se encontraram diferenças no tipo de rotação entre enfermeiros com e sem filhos ( $F=0,6$ ;  $p=0,97$ ) (quadro 15).

**QUADRO 15 – Distribuição dos enfermeiros por ter/não ter filhos e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Se tem filhos (s/n)	Não	N	18	6	11	3	38
		%	47,4%	15,8%	28,9%	7,9%	100,0%
	Sim	N	7	3	5	2	17
		%	41,2%	17,6%	29,4%	11,8%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

---

<sup>2</sup> Tendo em conta que a frequência de profissionais separados(as) ou divorciados(as) é igual a 2, optou-se por agrupar esta categoria com a categoria solteiros(as). Não existem viúvos(as).

#### 4.6.2. Rotação e variáveis profissionais

Não se encontraram diferenças na rotação entre enfermeiros licenciados e mestres ( $F=6,4$ ;  $p=0,07$ )<sup>3</sup> (quadro 16).

**QUADRO 16 – Distribuição dos enfermeiros por nível de ensino e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

		Rotação final				Total
		Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Nível de Ensino	Licenciatura N	19	9	11	2	41
	%	46,3%	22,0%	26,8%	4,9%	100,0%
	Mestrado N	6	0	5	3	14
	%	42,9%	0,0%	35,7%	21,4%	100,0%
Total	N	25	9	16	5	55
	%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Uma vez que só existiam dois profissionais com especialidade os dados referentes a esta variável não foram tratados.

Não se encontraram diferenças em termos de anos de exercício de profissão de enfermagem e tipo de rotação ( $KW=0,9$ ;  $p=0,82$ ) (quadro 17).

**QUADRO 17 – Distribuição da variável anos de profissão de enfermagem por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	8,7 (4,7)	9,4 (5,3)	8,8 (4,6)	7,4 (3,2)
Mediana (aq)	7 (4)	7 (5)	7 (3,5)	6 (1)
Mínimo	2	5	5	5
Máximo	22	20	21	13

<sup>3</sup> Tendo em conta que a frequência de profissionais cujo nível de ensino corresponde a Bacharelato é igual a 1, optou-se por agrupar esta categoria com a categoria Licenciatura.

Também não se encontraram diferenças entre o número de horas semanais de trabalho e o tipo de rotação realizada ( $F=0,6$ ;  $p=0,93$ ) (quadro 18).

**QUADRO 18 – Distribuição dos enfermeiros por horas semanais de trabalho e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Horas semanais	35	N	6	3	4	1	14
		%	42,9%	21,4%	28,6%	7,1%	100,0%
CCT	40	N	19	6	12	4	41
		%	46,3%	14,6%	29,3%	9,8%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existiam diferenças entre ser ou não ser chefe de equipa e o tipo de rotação realizada ( $F=0,9$ ;  $p=0,95$ ) (quadro 19).

**QUADRO 19 – Distribuição dos enfermeiros por ser ou não ser chefe de equipa e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Chefe de equipa	Não	N	20	8	14	4	46
		%	43,5%	17,4%	30,4%	8,7%	100,0%
	Sim	N	5	1	2	1	9
		%	55,6%	11,1%	22,2%	11,1%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não se encontraram diferenças em termos de anos de exercício de profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiotorácica e o tipo de rotação (KW=4,3; p=0,24) (quadro 20).

**QUADRO 20 – Distribuição da variável anos de profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiotorácica por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartilica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	7,7 (3,9)	5,3 (4,7)	8,3 (3,7)	7,4 (3,2)
Mediana (aq)	7 (3)	4 (5)	7 (3,5)	6 (1)
Mínimo	2	1	5	5
Máximo	20	16	18	13

Não existiam diferenças entre os enfermeiros que trabalhavam noutro local ou não, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica, e a rotação final (F=1,5; p=0,74) (quadro 21).

**QUADRO 21 – Distribuição dos enfermeiros por trabalhar ou não noutro local, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica, e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Trabalha noutro local	Não	N	15	5	12	3	35
		%	42,9%	14,3%	34,3%	8,6%	100,0%
	Sim	N	10	4	4	2	20
		%	50,0%	20,0%	20,0%	10,0%	100,0%
Total	N	25	9	16	5	55	
	%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%	

A rotação alta era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UCI. Já a rotação inexistente era mais frequente nos enfermeiros provenientes da UCI ( $F=50,2$ ;  $p < 0,01$ ) (quadro 22).

**QUADRO 22 – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da UCI e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	Total
Proveniência UCI	Não	N	1	2	16	5	24
		% Proveniência UCI	4,2%	8,3%	66,7%	20,8%	100,0%
	Sim	N	24	7	0	0	31
		% Proveniência UCI	77,4%	22,6%	,0%	,0%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		% Proveniência UCI	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

A rotação alta era mais frequente nos enfermeiros provenientes da UTI. Já a rotação inexistente era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UTI ( $F=14,0$ ;  $p < 0,01$ ) (quadro 23).

**QUADRO 23 – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da UTI e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Proveniência UTI	Não	N	25	8	11	2	46
		% Proveniência UTI	54,3%	17,4%	23,9%	4,3%	100,0%
	Sim	N	0	1	5	3	9
		% Proveniência UTI	0,0%	11,1%	55,6%	33,3%	100,0%
Total	N		25	9	16	5	55
		% Proveniência UTI	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existia diferenças na proveniência (ou não) dos enfermeiros da Enf/Cons. e o tipo de rotação final ( $F=6,0$ ;  $p=0,06$ ) (quadro 24).

**QUADRO 24 – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da Enf/Cons. e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

		Rotação final				Total
		Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Proveniência Enf/Cons.	N	25	8	13	4	50
	% Proveniência Enf/Cons.	50,0%	16,0%	26,0%	8,0%	100,0%
	Sim	0	1	3	1	5
	% Proveniência Enf/Cons.	0,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
Total	N	25	9	16	5	55
	% Proveniência Enf/Cons.	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

A rotação alta era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UTI&Enf/Cons.. No mesmo sentido, a rotação inexistente era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UTI&Enf/Cons.. Já a rotação intermédia era mais frequente nos enfermeiros provenientes da UCI&Enf/Cons. ( $F=14,0$ ;  $p < 0,01$ ) (quadro 25).

**QUADRO 25 – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da UTI&Enf/Cons. e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

		Rotação final				Total
		Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Proveniência a UTI&Enf	N	24	9	8	4	45
	% Proveniência. UTI&Enf	53,3%	20,0%	17,8%	8,9%	100,0%
	Sim	1	0	8	1	10
	% Proveniência UTI&Enf	10,0%	0,0%	80,0%	10,0%	100,0%
Total	N	25	9	16	5	55
	% Proveniência UTI&Enf	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%



Não se encontraram diferenças no nível de satisfação com a rotação e o tipo de rotação exercida ( $F=7,8$ ;  $p=0,21$ )<sup>4</sup> (quadro 26).

**QUADRO 26 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a rotação e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Rotação	Muito Insatisfeito ou	N	14	4	12	2	32
	Insatisfeito	%	43,8%	12,5%	37,5%	6,2%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	9	2	2	1	14
	insatisfeito	%	64,3%	14,3%	14,3%	7,1%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	2	3	2	2	9
	Satisfeito	%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

A rotação intermédia era mais frequente nos enfermeiros muito insatisfeitos ou insatisfeitos com o número de turnos de rotação. Já a rotação inexistente era mais frequente no grupo de enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com o número de turnos e com os enfermeiros satisfeitos ou muito satisfeitos ( $F=12,0$ ;  $p=0,04$ ) (quadro 27).

---

<sup>4</sup> No sentido de tentar otimizar a análise de dados e especificamente a obtenção de resultados na associação das variáveis, optou-se por agrupar as categorias da escala de *Likert*: muito insatisfeito com insatisfeito; e satisfeito com muito satisfeito.

**QUADRO 27 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com o número de turnos e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Número Turnos	Muito Insatisfeito ou	N	4	2	10	0	16
	Insatisfeito	%	25,0%	12,5%	62,5%	0,0%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	13	4	3	3	23
	insatisfeito	%	56,5%	17,4%	13,0%	13,0%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	8	3	3	2	16
	Satisfeito	%	50,0%	18,8%	18,8%	12,5%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existiam diferenças no nível de satisfação com as rotinas e o tipo de rotação praticada ( $F=6,3$ ;  $p=0,38$ ) (quadro 28).

**QUADRO 28 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com as rotinas e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Rotinas	Muito Insatisfeito ou	N	8	0	5	1	14
	Insatisfeito	%	57,1%	0,0%	35,7%	7,1%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	11	4	8	3	26
	insatisfeito	%	42,3%	15,4%	30,8%	11,5%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	6	5	3	1	15
	Satisfeito	%	40,0%	33,3%	20,0%	6,7%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existiam diferenças no nível de satisfação com o ritmo de trabalho e o tipo de rotação existente ( $F=5,4$ ;  $p=0,49$ ) (quadro 29).

**QUADRO 29 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com o ritmo de trabalho e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Ritmo	Muito Insatisfeito ou	N	6	2	4	1	13
	Insatisfeito	%	46,2%	15,4%	30,8%	7,7%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	14	3	9	1	27
	insatisfeito	%	51,9%	11,1%	33,3%	3,7%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	5	4	3	3	15
	Satisfeito	%	33,3%	26,7%	20,0%	20,0%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existiam diferenças no nível de satisfação com a técnica e o tipo de rotação praticada ( $F=9,8$ ;  $p=0,11$ ) (quadro 30).

**QUADRO 30 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a técnica e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Técnica	Muito Insatisfeito ou	N	4	1	9	1	15
	Insatisfeito	%	26,7%	6,7%	60,0%	6,7%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	12	3	3	2	20
	insatisfeito	%	60,0%	15,0%	15,0%	10,0%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	9	5	4	2	20
	Satisfeito	%	45,0%	25,0%	20,0%	10,0%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não se encontraram diferenças no nível de satisfação com a localização do material e o tipo de rotação realizada ( $F=7,1$ ;  $p=0,3$ ) (quadro 31).

**QUADRO 31 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a localização do material e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Localização Material	Muito Insatisfeito ou	N	9	2	9	1	21
	Insatisfeito	%	42,9%	9,5%	42,9%	4,8%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	8	2	5	3	18
	insatisfeito	%	44,4%	11,1%	27,8%	16,7%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	8	5	2	1	16
	Satisfeito	%	50,0%	31,2%	12,5%	6,2%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

Não existiam diferenças no nível de satisfação com a relação entre colegas de profissão (entre sectores) e o tipo de rotação realizada ( $F=2,3$ ;  $p=0,97$ ) (quadro 32).

**QUADRO 32 – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a relação entre colegas de profissão e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%)**

			Rotação final				Total
			Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta	
Satisfação Relação	Muito Insatisfeito ou	N	2	0	0	0	2
	Insatisfeito	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Nem satisfeito nem	N	6	2	4	1	13
	insatisfeito	%	46,2%	15,4%	30,8%	7,7%	100,0%
	Satisfeito ou Muito	N	17	7	12	4	40
	Satisfeito	%	42,5%	17,5%	30,0%	10,0%	100,0%
Total		N	25	9	16	5	55
		%	45,5%	16,4%	29,1%	9,1%	100,0%

#### 4.7.Satisfação no trabalho: Análise da variação da satisfação no trabalho de acordo com as características sociodemográficas, profissionais e de rotação

#### 4.7.1. Satisfação global e variáveis sociodemográficas

Os profissionais do sexo feminino apresentaram uma média de satisfação global de 4,0 (dp=1,1) (nem satisfeito, nem não satisfeito). Já os profissionais de sexo masculino apresentaram uma média de satisfação global de 3,1 (dp=1,4) (satisfeito). Em suma, os profissionais do sexo masculino estavam globalmente mais satisfeitos do que os do sexo feminino ( $t=2,6$ ;  $p=0,01$ ) (quadro 33).

**QUADRO 33 – Distribuição da variável satisfação global pela variável sexo - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sexo Feminino	Sexo Masculino
N	55	55
Média (dp)	4,0 (1,1)	3,1 (1,4)
Mediana (aq)	4,1 (1,2)	3,4 (1,7)
Mínimo	1,5	0,5
Máximo	7,0	6,3

Verificou-se que não existia correlação entre a idade e a satisfação global dos enfermeiros (*Spearman R*= -0,05;  $p=0,75$ ).

Não existiam diferenças entre o estado civil do profissional e o nível de satisfação global ( $KW=0,5$ ;  $p=0,8$ ) (quadro 34).

**QUADRO 34 – Distribuição da variável satisfação global pela variável estado civil - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Solteiros(as)	Casados(as)	Separados(as)/divorciados(as)
N	55	55	55
Média (dp)	3,7 (1,3)	3,8 (1,3)	3,4 (0,1)
Mediana (aq)	3,7 (1,2)	3,6 (1,8)	3,4 (0,1)
Mínimo	1,2	0,5	3,4
Máximo	7,0	6,3	3,5

Não se encontraram diferenças entre os enfermeiros com e sem filhos e o nível de satisfação ( $t=0,6$ ;  $p=0,55$ ) (quadro 35).

**QUADRO 35 – Distribuição da variável satisfação global pela variável ter/não ter filhos - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Inexistência de filhos	Existência de filhos
N	55	55
Média (dp)	3,8 (1,2)	3,6 (1,3)
Mediana (aq)	3,9 (1,3)	3,5 (1,4)
Mínimo	1,2	0,5
Máximo	7,0	6,3

#### 4.7.2. Satisfação global e variáveis profissionais

Não existiam diferenças entre o nível de ensino dos enfermeiros e o nível de satisfação global ( $KW=0,1$ ;  $p=0,74$ ) (quadro 36).

**QUADRO 36 – Distribuição da variável satisfação global pela variável nível de ensino - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Licenciatura	Mestrado
N	55	55
Média (dp)	3,7 (1,2)	3,8 (1,4)
Mediana (aq)	3,6 (1,7)	3,7 (1,1)
Mínimo	1,2	0,5
Máximo	6,3	7,0

De reforçar que, uma vez que só existiam dois profissionais com especialidade os dados referentes a esta variável não foram tratados.

Verificou-se que não existia correlação entre os anos de exercício da profissão de enfermagem e a satisfação global dos enfermeiros (*Spearman*  $R= -0,06$ ;  $p=0,65$ ).

Não se encontraram diferenças entre as horas de trabalho semanais e a satisfação global dos enfermeiros ( $U=311,5$ ;  $p=0,64$ ) (quadro 37).

**QUADRO 37 – Distribuição da variável satisfação global pela variável horas de trabalho semanais - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	35 horas	40 horas
--	----------	----------

N	55	55
Média (dp)	3,6 (1,1)	3,8 (1,3)
Mediana (aq)	3,6 (0,8)	3,7 (1,8)
Mínimo	0,5	1,2
Máximo	5,7	7,0

Não existiam diferenças entre ser ou não ser chefe de equipa e o nível de satisfação global dos enfermeiros ( $t=0,99$ ;  $p=0,33$ ) (quadro 38).

**QUADRO 38 – Distribuição da variável satisfação global pela variável ser ou não chefe de equipa - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Enfermeiros Chefes de equipa	Enfermeiros
N	55	55
Média (dp)	3,4 (1,4)	3,8 (1,2)
Mediana (aq)	3,5 (0,4)	3,9 (1,5)
Mínimo	0,5	1,2
Máximo	5,7	7,0

Verificou-se que não existia correlação entre os anos de exercício da profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiotorácica e a satisfação global dos enfermeiros (*Spearman*  $R=0,006$ ;  $p=0,96$ ).

Não se encontraram diferenças entre trabalhar ou não noutro local, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica, e o nível de satisfação global dos enfermeiros ( $t=0,5$ ;  $p=0,61$ ) (quadro 39).

**QUADRO 39 – Distribuição da variável satisfação global pela variável trabalhar ou não noutro local, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Não trabalha noutro local	Trabalha noutro local
--	---------------------------	-----------------------

N	55	55
Média (dp)	3,8 (1,2)	3,6 (1,4)
Mediana (aq)	3,7 (1,4)	3,6 (1,4)
Mínimo	1,5	0,5
Máximo	7,0	6,3

Não existiam diferenças entre a proveniência (ou não) do enfermeiro da UCI e a satisfação global ( $t=0,3$ ;  $p=0,75$ ) (quadro 40).

**QUADRO 40 – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da UCI - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Provém da UCI	Não provém da UCI
N	55	55
Média (dp)	3,7 (1,3)	3,8 (1,3)
Mediana (aq)	3,7 (1,6)	3,7 (1,3)
Mínimo	1,2	0,5
Máximo	6,3	7,0

Não existiam diferenças entre a proveniência (ou não) do enfermeiro da UTI e a satisfação global ( $t=0,7$ ;  $p=0,49$ ) (quadro 41).

**QUADRO 41 – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da UTI - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Provém da UTI	Não provém da UTI
N	55	55
Média (dp)	3,5 (1,7)	3,8 (1,2)
Mediana (aq)	3,3 (0,3)	3,9 (1,5)
Mínimo	0,5	1,2
Máximo	7,0	6,3

Não se encontraram diferenças entre a proveniência (ou não) do enfermeiro da Enf/Cons. e a satisfação global ( $t= -1,5$ ;  $p=0,15$ ) (quadro 42).



**QUADRO 42 – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da Enf/Cons. - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Provém da Enf/Cons.	Não provém da Enf/Cons.
N	55	55
Média (dp)	4,5 (0,5)	3,7 (1,3)
Mediana (aq)	4,6 (0,4)	3,6 (1,4)
Mínimo	3,6	0,5
Máximo	4,9	7,0

Também não se encontraram diferenças entre a proveniência (ou não) do enfermeiro da UTI & Enf/Cons. e a satisfação global ( $t = -0,001$ ;  $p = 0,999$ ) (quadro 43).

**QUADRO 43 – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da UTI & Enf/Cons.. - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Provém da UTI & Enf/Cons.	Não provém da UTI & Enf/Cons.
N	55	55
Média (dp)	3,7 (1,1)	3,7 (1,3)
Mediana (aq)	3,7 (0,7)	3,6 (1,4)
Mínimo	1,5	0,5
Máximo	5,4	7,0

Não existiam diferenças significativas entre os sectores por onde os enfermeiros já tinham trabalhado (UCI e UTI; UTI e Enf/Cons.) e a satisfação global destes profissionais ( $t = 1,1$ ;  $p = 0,28$ ) (quadro 44).

**QUADRO 44 – Distribuição da variável satisfação global pelos sectores onde o enfermeiro já trabalhou desde que o sistema de rotação teve início (UCI e UTI; UCI, UTI e Enf/Cons.) - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	UCI e UTI	UCI, UTI e Enf/Cons.
N	55	55
Média (dp)	3,5 (1,3)	3,9 (1,2)
Mediana (aq)	3,5 (2,1)	3,9 (1,2)
Mínimo	1,2	0,5
Máximo	5,7	7,0

Verificou-se que não existia correlação entre o nº de turnos na UCI e a satisfação global dos enfermeiros (*Spearman R*=0,004; *p*=0,98).

Verificou-se que não existia correlação entre o nº de turnos na UTI e a satisfação global dos enfermeiros (*Spearman R*= - 0,101; *p*=0,46).

Verificou-se que não existia correlação entre o nº de turnos na Enf/Cons. e a satisfação global dos enfermeiros (*Spearman R*=0,09; *p*=0,50).

Os enfermeiros que se consideraram muito insatisfeitos e insatisfeitos com a rotação apresentavam uma média de satisfação global de 3,9 (dp=1,1) (satisfeito). Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com a rotação tinham uma média de satisfação global de 3,9 (dp=1,4) (satisfeito) e os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos com a rotação apresentavam uma média de 2,8 (dp=1,2) (bastante satisfeito) (ANOVA=3,3; *p*=0,05) (quadro 45).

**QUADRO 45 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a rotação - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	3,9 (1,1)	3,9 (1,4)	2,8 (1,2)
Mediana (aq)	4,1 (1,1)	4,0 (1,3)	3,2 (1,0)
Mínimo	1,5	1,2	0,5
Máximo	7,0	6,3	4,6

Não existiam diferenças entre a satisfação global e o nível de satisfação com o número de turnos (KW=5,5; *p*=0,07) (quadro 46).

**QUADRO 46 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com o número de turnos - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	4,3 (0,9)	3,4 (1,4)	3,6 (1,3)
Mediana (aq)	4,1 (1,1)	3,5 (1,8)	3,4 (1,3)
Mínimo	3,1	0,5	1,2
Máximo	7,0	5,7	6,3

Não se encontraram diferenças entre a satisfação global e o nível de satisfação com as rotinas habituais (ANOVA=2,9; p=0,06) (quadro 47).

**QUADRO 47 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com as rotinas habituais - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	4,0 (0,9)	3,9 (1,3)	3,1 (1,4)
Mediana (aq)	3,9 (0,9)	4,1 (1,3)	3,2 (1,7)
Mínimo	1,7	0,5	1,2
Máximo	5,6	7,0	6,3

Os enfermeiros que se consideraram muito insatisfeitos e insatisfeitos com o ritmo de trabalho apresentavam uma média de satisfação global de 4,3 (dp=0,8) (nem satisfeito, nem não satisfeito). Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com o ritmo de trabalho tinham uma média de satisfação global de 3,9 (dp=1,1) (satisfeito). Por último, os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos com o ritmo de trabalho apresentavam uma média de 3,0 (dp=1,5) (satisfeito) (ANOVA=4,8; p=0,01) (quadro 48).

**QUADRO 48 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com o ritmo de trabalho - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	4,3 (0,8)	3,9 (1,1)	3,0 (1,5)
Mediana (aq)	4,4 (1,2)	4,0 (1,0)	3,1 (1,6)
Mínimo	3,3	1,5	0,5
Máximo	5,6	7,0	6,3

Os enfermeiros que se consideraram muito insatisfeitos e insatisfeitos com a técnica apresentavam uma mediana de 4,1 (nem satisfeito, nem não satisfeito). Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com a técnica tinham uma mediana de 3,9 (satisfeito). Também os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos com a técnica apresentavam uma mediana de satisfação de 3,2 (satisfeito) (KW=10,4;  $p<0,01$ ) (quadro 49).

**QUADRO 49 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a técnica - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	4,4 (0,9)	3,8 (1,0)	3,1 (1,4)
Mediana (aq)	4,1 (1,2)	3,9 (1,4)	3,2 (1,9)
Mínimo	3,6	1,7	0,5
Máximo	7,0	5,7	6,3

Não se encontraram diferenças entre a satisfação global e o nível de satisfação com a localização do material (ANOVA=2,1;  $p=0,13$ ) (quadro 50).

**QUADRO 50 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a localização do material - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	3,7 (1,2)	4,2 (1,2)	3,3 (1,3)
Mediana (aq)	3,7 (1,0)	4,3 (1,4)	3,3 (1,9)
Mínimo	0,5	1,5	1,2
Máximo	7,0	6,3	5,4

Não se encontraram diferenças entre a satisfação global e o nível de satisfação com a relação profissional entre colegas de profissão (KW=2,3; p=0,31) (quadro 51).

**QUADRO 51 – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a relação profissional entre colegas de profissão - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Muito Insatisfeitos e Insatisfeitos	Nem satisfeitos nem insatisfeitos	Satisfeitos e Muito satisfeitos
N	55	55	55
Média (dp)	4,5 (0,1)	4,0 (0,8)	3,6 (1,4)
Mediana (aq)	4,5 (0,1)	4,1 (1,1)	3,6 (1,9)
Mínimo	4,4	2,8	0,5
Máximo	4,5	5,7	7,0

#### 4.8. Rotação entre sectores e Satisfação global

Importa por fim, estudar a variável satisfação profissional global com o nível de rotação. Quanto mais próximo de zero maior a satisfação profissional, quanto mais afastado de zero, maior a não satisfação.

A diferença da variável satisfação global entre os diferentes níveis de rotação não era estatisticamente significativa (KW=4,2; p=0,24) (quadro 52).

**QUADRO 52 – Distribuição da variável satisfação global por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	3,7 (1,2)	4,0 (1,3)	4,1 (1,0)	2,5 (1,6)
Mediana (aq)	3,7 (1,5)	4,1 (1,2)	3,7 (1,1)	2,8 (1,8)
Mínimo	1,2	2,0	2,5	0,5
Máximo	5,7	6,3	7,0	4,5

#### 4.8.1. Dimensões da satisfação e rotação final

De seguida apresentam-se os resultados obtidos da satisfação do profissional para cada uma das dimensões de Graça (1999).

**Autonomia e Poder** – Não se encontraram diferenças entre o nível de satisfação na dimensão autonomia e poder e a rotação final ( $KW=3,8$ ;  $p=0,28$ ) (quadro 53).

**QUADRO 53** – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão autonomia e poder por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartilica, moda, mínimo e máximo

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	3,5 (1,4)	4,1 (1,6)	3,9 (1,2)	2,6 (1,4)
Mediana (aq)	3,6 (2,1)	3,9 (2,3)	3,4 (1,9)	2,8 (1,8)
Mínimo	0,9	1,6	2,6	0,6
Máximo	6,0	6,4	7,0	4,0

**Condições de Trabalho e Saúde** – Não existiam diferenças entre o nível de satisfação na dimensão condições de trabalho e saúde e a rotação final ( $ANOVA=2,3$ ;  $p=0,09$ ) (quadro 54).

**QUADRO 54 – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão condições de trabalho e saúde por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	3,4 (1,3)	3,8 (1,2)	4,2 (1,3)	2,6 (1,9)
Mediana (aq)	3,3 (1,0)	4,0 (2,0)	4,3 (2,0)	2,8 (2,5)
Mínimo	0,8	2,0	2,5	0,3
Máximo	6,3	5,3	6,5	5,0

**Realização profissional, pessoal e desempenho organizacional** – Também não existiam diferenças entre o nível de satisfação na dimensão realização profissional, pessoal e desempenho organizacional e a rotação final (ANOVA=1,4; p=0,25) (quadro 55).

**QUADRO 55 – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão realização profissional, pessoal e desempenho organizacional por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	3,7 (1,5)	3,8 (1,4)	4,1 (1,4)	2,6 (1,6)
Mediana (aq)	3,8 (2,0)	3,7 (2,1)	3,9 (1,9)	2,5 (1,4)
Mínimo	0,9	1,9	1,9	0,7
Máximo	6,4	6,4	7,2	4,9

**Relação pessoal/ utente e de trabalho e suporte social** – Não se encontraram diferenças entre o nível de satisfação na dimensão relação pessoal/ utente e de trabalho e suporte social e a rotação final (ANOVA=2,6; p=0,07) (quadro 56).

**QUADRO 56 – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão relação pessoal/ utente e de trabalho e suporte social por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	3,2 (1,4)	3,9 (1,5)	3,0 (0,9)	1,8 (1,7)
Mediana (aq)	3,0 (2,5)	3,5 (2,0)	3,0 (1,4)	1,0 (3,0)
Mínimo	1,0	1,5	1,8	0,4
Máximo	6,0	6,0	4,9	3,8

**Remuneração** – Não existiam diferenças entre o nível de satisfação na dimensão remuneração e a rotação final (ANOVA=0,9; p=0,45) (quadro 57).

**QUADRO 57 – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão remuneração por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	5,5 (2,4)	5,5 (1,8)	5,7 (2,2)	3,8 (3,0)
Mediana (aq)	5,7 (3,0)	5,3 (1,0)	5,0 (3,8)	2,3 (4,7)
Mínimo	1,0	1,7	2,7	0,7
Máximo	8,7	7,7	9,7	7,3

**Segurança no emprego** – Não existiam diferenças entre o nível de satisfação na dimensão segurança no emprego e a rotação final (KW=6,8; p=0,08) (quadro 58).

**QUADRO 58 – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão segurança no emprego por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo**

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	4,8 (1,7)	4,9 (1,7)	5,9 (1,7)	3,4 (2,1)
Mediana (aq)	4,6 (2,0)	5,2 (2,2)	5,3 (1,9)	3,6 (2,0)
Mínimo	1,8	2,4	3,8	0,4
Máximo	8,8	7,8	9,8	6,0



**Status e Prestígio** – Por fim, também não existiam diferenças entre o nível de satisfação na dimensão *status* e prestígio e a rotação final (KW=1,95; p=0,58) (quadro 59).

**QUADRO 59** – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão *status* e prestígio por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo

	Sem Rotação	Rotação mínima	Rotação intermédia	Rotação alta
N	55	55	55	55
Média (dp)	2,6 (1,2)	2,9 (1,2)	2,8 (1,3)	1,8 (1,3)
Mediana (aq)	2,6 (1,4)	2,4 (2,0)	2,5 (0,9)	1,4 (2,0)
Mínimo	0,4	1,4	1,2	0,6
Máximo	5,2	5,0	6,4	3,6

#### 4.9. Conclusões

- A rotação alta era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UCI. Já a rotação inexistente era mais frequente nos enfermeiros provenientes da UCI.
- A rotação alta era mais frequente nos enfermeiros provenientes da UTI. Já a rotação inexistente era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UTI.
- A rotação alta era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UTI&Enf/Cons.. No mesmo sentido, a rotação inexistente era mais frequente nos enfermeiros não provenientes da UTI&Enf/Cons.. Já a rotação intermédia era mais frequente nos enfermeiros provenientes da UCI&Enf/Cons..
- A rotação intermédia era mais frequente nos enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos com o número de turnos de rotação. Já a rotação inexistente era mais frequente no grupo de enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com o número de turnos e com os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos.
- Os profissionais do sexo feminino estavam menos satisfeitos globalmente que os de sexo masculino.
- Os enfermeiros que se consideraram muito insatisfeitos ou insatisfeitos e nem satisfeitos nem insatisfeitos com a rotação encontravam-se globalmente satisfeitos e os enfermeiros satisfeitos ou muito satisfeitos com a rotação encontravam-se globalmente bastante satisfeitos.
- Os enfermeiros que se consideraram muito insatisfeitos ou insatisfeitos com o ritmo de trabalho estavam globalmente nem satisfeitos, nem não satisfeitos. Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com o ritmo de trabalho revelavam-se globalmente satisfeitos. Por último, os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos com o ritmo de trabalho revelavam-se também globalmente satisfeitos.
- Os enfermeiros que se consideraram muito insatisfeitos ou insatisfeitos com a técnica apresentavam-se globalmente nem satisfeitos, nem não satisfeitos. Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com a técnica estavam satisfeitos. Também os enfermeiros satisfeitos ou muito satisfeitos com a técnica apresentavam-se satisfeitos.

## 5. Discussão

Os profissionais provenientes da UCI apresentaram na sua maioria rotação mínima ou inexistente. Por outro lado, existe um número significativo de enfermeiros que provém da UTI que apresentaram rotação intermédia e alta. A maioria dos enfermeiros provenientes da UTI & Enf/Cons. apresentaram rotação intermédia. Desta forma e assumindo que os enfermeiros de cuidados intensivos prestam uma assistência permanente e especializada (Tranquitelli e Ciampone, 2007), é compreensível que estes não apresentem um nível de rotação intermédio ou alto. A sua presença como elementos de referência é indispensável ao bom funcionamento da unidade de cuidados intensivos.

A maioria dos enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos com o número de turnos em cada sector apresentou rotação intermédia. Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos não apresentaram rotação ou apresentaram rotação mínima. Por fim, os profissionais satisfeitos e muito satisfeitos com o número de turnos por sector não realizaram rotação. Esta relação vai ao encontro da ideia de que uma frequência de rotação elevada pode não ser positiva, em termos de satisfação do profissional, pesando o fato de neste caso específico o sistema da rotação e o número de turnos por sector ter sido uma decisão imposta e não partilhada. Fatores como a experiência de cada trabalhador e familiaridade devem ser valorizados, bem como a possibilidade dos enfermeiros participarem nas decisões acerca da organização do seu trabalho, não se cingindo apenas à autonomia que os teóricos chamam de “*fingida*” (Kovács, 2006). As tomadas de decisão na organização do trabalho dos enfermeiros devem ter em consideração as necessidades do profissional, pondo de parte os “*interesses pessoais, institucionais ou de outros técnicos, de normas ou rotinas*” (Martins, 2003:7). Ou seja, a rotação pode não ser sinónimo de autonomia se os trabalhadores não estiverem preparados para este tipo específico de organização de trabalho ou se este sistema lhes foi imposto.

Reportando-nos aos estudos existentes, Kuhar et al. (2004) nos EUA, apontou a autonomia como um dos oito aspetos que mais contribuíram para a satisfação dos

enfermeiros, bem como a comunicação, o reconhecimento, as condições de trabalho e a prática profissional.

Também Bjork et al. (2007), na Noruega, enumeraram a autonomia como um dos três fatores mais desejados para a satisfação no trabalho. Outros estudos na literatura consideraram a autonomia como um dos principais fatores que influenciam a satisfação (Chen e Johantgen, 2010 na Alemanha e Bélgica; Siqueira e Kurcgant, 2010 no Brasil).

Em Portugal, no estudo de Marques e Araújo (2010), os resultados sugerem que a satisfação dos enfermeiros, tinha uma influência significativa da participação na tomada de decisões e comunicação organizacional e da relação com colegas e chefia, entre outros.

Por outro lado, Jarvi e Uusitalo (2004) sublinha que o empregador e o profissional beneficiam da rotação no trabalho, sendo que o empregador beneficia das novas competências do profissional, incluindo a capacidade de resolver problemas, tomar decisões e assumir responsabilidades (Juuti, 1992 citado por Jarvi e Uusitalo, 2004). Neste processo o encorajamento dos elementos superiores e o planeamento cuidadoso dos postos de rotação e do tempo que o profissional despende em cada um é fundamental (Jarvi e Uusitalo, 2004).

Os profissionais do sexo feminino estavam globalmente menos satisfeitos do que os do sexo masculino. A associação encontrada está de acordo com o estudo de Gonçalves (1999), no qual também as mulheres se revelam mais insatisfeitas, e é contrária ao estudo de André e Neves (2001), no qual os homens estão menos satisfeitos. De acordo com a literatura, as características pessoais, atitudes e comportamentos são fatores que influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros (Manojlovich e Spence Laschinger, 2002), no entanto, não se conhece nenhum estudo em que o sexo seja apontado como fator determinante para a satisfação profissional. Uma relação entre insatisfação profissional e sexo feminino, poderá, por exemplo, estar relacionada com a presença de filhos pequenos ou com a existência de uma rede de infantários/escolas desadequada, e a concomitância de um horário por turnos. Embora este fato não tenha sido estudado no presente estudo, a técnica da entrevista, no

contexto de um estudo qualitativo, poderia ajudar a compreender o porquê desta diferença.

Globalmente, os enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos e nem satisfeitos nem insatisfeitos com a rotação estão satisfeitos a nível profissional. Os enfermeiros satisfeitos e muito satisfeitos com a rotação tendem a estar profissionalmente bastante satisfeitos. Este resultado parece estar de acordo com o que nos diz Jorgensen et al. (2005) e Triggs e King (2000) acerca do desafio que constitui a rotação no trabalho, podendo motivar e incentivar o trabalhador, expandindo o seu campo de ação e ampliando competências, de modo a aumentar a produtividade. O enfermeiro, no contexto específico de prestação de cuidados, beneficia da rotação no trabalho através do ganho de competências na sua especialidade, o que aumenta a sua satisfação (Jarvi e Uusitalo, 2004).

Os enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos com o ritmo de trabalho estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos a nível profissional. Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos com o ritmo de trabalho tendem a estar satisfeitos globalmente. Os profissionais satisfeitos e muito satisfeitos com o ritmo de trabalho estão bastante satisfeitos profissionalmente. Quando se implementa este sistema de rotação deve existir um balanço cuidado entre qualidade e quantidade, e como tal o planeamento da rotação deve ser feito de acordo com a capacidade de cada trabalhador e tendo em conta o seu tempo necessário para adaptação (Campion et al., 1994). No presente estudo esta dimensão não é diretamente avaliada, o que poderia traduzir-se num impacto significativo nos resultados do estudo, sendo que, por exemplo, a falta de preparação e integração de um profissional numa secção específica pode gerar insegurança ou insatisfação. O ritmo de trabalho também poderá estar relacionado com o *stress* ocupacional o que de acordo com Cavalheiro et al. (2008), também gera insatisfação com o trabalho, síndrome de *burnout* e absentismo.

Na revisão sistemática de Lu et al. (2011), as condições de trabalho e a carga de trabalho foram consideradas como duas das fontes de satisfação no trabalho dos enfermeiros. A satisfação dos enfermeiros no trabalho está fortemente ligada às

condições de trabalho, ao ambiente organizacional, ao *stress* associado ao trabalho, ao conflito associado ao papel e ambiguidade, à percepção do papel e conteúdo do mesmo e ao compromisso com a organização e profissão (Lu et al., 2011). Por ultimo, o estudo de Rafferty et al. (2007) em Inglaterra, revela que os enfermeiros com uma carga de trabalho mais pesada tinham uma probabilidade entre 71% a 92% de mostrar resultados de trabalho considerados negativos – *burnout* e insatisfação no trabalho - e consideravam a qualidade dos cuidados como baixa.

Os enfermeiros muito insatisfeitos e insatisfeitos com a tecnicidade estão nem satisfeitos, nem insatisfeitos a nível profissional. Os enfermeiros nem satisfeitos nem insatisfeitos e satisfeitos e muito satisfeitos com a tecnicidade tendem a estar satisfeitos globalmente. A sobrecarga de trabalho associada a um número crescente de tarefas e atividades polivalentes obrigatórias causam sentimentos de ambivalência pelos enfermeiros não conseguirem realizar aquilo que lhes compete. Estes sentimentos de irritação e frustração podem ser agravados com a polivalência e sobrecarga que a rotação no trabalho pode trazer, fazendo com que os enfermeiros se sintam condicionados e à parte dos seus ideais profissionais e pessoais (Martins, 2003).

Segundo Penz et al. (2008), no Canadá, a disponibilidade de equipamento e material é um dos fatores que explica a variação da satisfação no trabalho. Tourangeau et al. (2010) encontrou oito categorias temáticas que influenciam as intenções de se manter empregue, entre elas, as condições do ambiente laboral.

Por fim, não se verificou associação entre a rotação entre sectores e o nível de satisfação global pelo que, neste caso específico a rotação entre sectores não influenciam a satisfação global mas apenas algumas dimensões específicas. Ora, estando a mestranda a exercer funções como enfermeira de cuidados gerais no serviço em estudo, denotou manifestações verbais de insatisfação por parte de uma quantidade significativa de profissionais, face ao regime de rotação entre sectores, colocado em prática no serviço específico. Para a realização do estudo de investigação relativo a esta insatisfação, e para assegurar a imparcialidade, optou-se por um instrumento de colheita de dados sob a forma de questionário, e assim pelo paradigma quantitativo. Contudo,

visto que uma das desvantagens do questionário aplicado é ser fechado, não incluindo perguntas de resposta aberta, o mesmo não permitiu estudar o fenómeno da insatisfação face à rotação na sua globalidade. Não existe associação entre satisfação global e rotação entre sectores, mas de facto existe uma verbalização informal de insatisfação por parte dos profissionais. Assim, para um estudo mais aprofundado deste fenómeno seria imprescindível a realização de um estudo que seguisse o paradigma qualitativo ou misto, de modo a compreender especificamente a relação entre rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, com a satisfação profissional dos enfermeiros. Neste contexto ressalta-se que a satisfação dos enfermeiros e as suas diferentes dimensões são parte integrante dos cuidados, e por conseguinte dos resultados de saúde, o que constitui um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Ho et al. (2009) em Taiwan, verificou que a rotação no trabalho tem uma influência positiva na satisfação no trabalho, bem como o compromisso com a organização. O *stress* relacionado com o papel desempenhado tinha uma influência negativa no nível de satisfação dos enfermeiros no trabalho. Na revisão sistemática de Lu et al. (2011), a rotação no trabalho é um dos fatores que se revelou fortemente relacionado com a satisfação no trabalho dos enfermeiros (coeficiente de correlação  $> 0,5$ ). No estudo de Järvi e Uusitalo (2004), na Finlândia, a rotação dos enfermeiros no trabalho, foi considerada uma experiência maioritariamente positiva. O desenvolvimento profissional foi valorizado, no entanto o interesse em participar em diferentes tipos de atividades foi mínimo.

Embora o nível de satisfação dos enfermeiros no trabalho varie, entre os estudos existentes, os fatores e efeitos relacionados com esta variável são similares. De acordo com Lu et al. (2011) a literatura indica uma similaridade dos fatores que influenciam a satisfação, entre os vários países do mundo, no entanto, é possível que determinados fatores tenham mais significância que outros consoante o país, e respetivo contexto social, que se encontra relacionado com as diferenças existentes no mercado laboral.

As evidências empíricas relacionadas com a satisfação no trabalho revelam a necessidade contínua de melhoria da vida laboral dos enfermeiros. Lu et al. (2011) dizem-nos que a falta de um modelo explicativo/causal que reflita os fatores moderadore(s)

envolvidos na satisfação no trabalho em enfermagem é uma lacuna importante que impede o desenvolvimento de intervenções que aumentem a retenção dos profissionais nas instituições.

Os cortes atuais de recursos humanos colocam diante dos enfermeiros exigências crescentes, o que pode gerar *stress* e diminuição da qualidade das relações de trabalho, as quais são importantes para a satisfação no trabalho e influenciam o compromisso do profissional com a organização. Estas condições atuais reforçam a importância do estudo de um modelo de satisfação e portanto dos fatores que a influenciam, para que as organizações consigam implementar intervenções que aumentem a retenção dos profissionais nas instituições (Lu et al., 2011).

Apesar do estudo e investigação contínua acerca da satisfação dos enfermeiros, a insatisfação continua a verificar-se. Os gestores e chefes de enfermagem têm um papel importante na identificação dos fatores que determinam a satisfação dos enfermeiros do seu hospital/serviço, e devem implementar medidas que aumentem e promovam ativamente a satisfação dos profissionais, mantendo a motivação dos enfermeiros e por conseguinte a qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Hayes et al. (2010), promover positivamente os fatores envolvidos na satisfação, possibilita a continuidade dos enfermeiros no seu serviço/hospital.

Os chefes de enfermagem tem um papel fulcral na determinação do nível de satisfação dos enfermeiros, em contexto hospitalar agudo, através de uma liderança positiva, da modelagem de papéis e compreendendo os assuntos que afetam os enfermeiros. Enquanto certos fatores intra-pessoais não podem ser alterados, existem fatores inter e extra-pessoais que o enfermeiro-chefe deve estar desperto, de modo a implementar estratégias que aumentem a satisfação dos enfermeiros a seu cargo. Um exemplo específico são as estratégias de *coping*, que compreendem um reforço positivo do trabalho realizado e a fomentação do comportamento resiliente dos profissionais. No entanto, esta responsabilidade não é apenas do chefe de enfermagem. Cabe aos enfermeiros contribuir para o desenvolvimento e manutenção de um ambiente que conduza a níveis superiores de satisfação, para eles próprios e para os seus colegas. O desenvolvimento de relações com as universidades, a identificação de assuntos relacionados com a carga de trabalho, segurança do utente, questões de qualidade dos



cuidados de saúde prestados e a contribuição ativa para um ambiente positivo são vias para que os enfermeiros, em contexto hospitalar agudo, possam influenciar o nível de satisfação no trabalho, individualmente e coletivamente (Hayes et al., 2010)

A insatisfação dos enfermeiros está ligada a um aumento nas taxas de profissionais que deixam o seu local de trabalho, a motivações pobres, resultados dos cuidados de saúde prestados igualmente pobres e a um aumento da despesa financeira (Hayes et al., 2010). Compreender os fatores que contribuem para a satisfação profissional destes profissionais promove a continuidade dos mesmos nos seus postos de trabalho. A investigação sugere que o fenómeno da satisfação profissional é complexo e multifatorial e a colaboração entre os enfermeiros, os seus gestores/chefes e outros é fundamental para aumentar a satisfação profissional dos enfermeiros. O reconhecimento e revisão regular dos aspetos que influenciam a satisfação, por parte do chefe de enfermagem, é essencial para a valorização da equipa de enfermagem

A satisfação profissional dos enfermeiros é importante para os prestadores de cuidados de saúde mas também para os utentes. A satisfação destes profissionais está inclusive ligada a resultados positivos ligados ao utente (Adams e Bond, 2000; Aiken et al., 2002) e a níveis superiores de qualidade dos cuidados prestados (Murrells et al., 2005). Por outro lado, a insatisfação em enfermagem leva a uma diminuição dos recursos humanos disponíveis e consequente aumento do rácio enfermeiro-utente, aumento das listas de espera e *burnout* dos enfermeiros (Ma et al., 2003)

A elaboração de normas e rotinas cujo objetivo é organizar e padronizar o processo de trabalho e a gestão de recursos humanos revela-se um fator negativo para a satisfação profissional dos enfermeiros. Às políticas de saúde, que encerram objetivos e meta institucionais, deviam ser agregadas as necessidades dos profissionais, que contribuem para o alcance desses mesmos objetivos (Siqueira e Kurcgant, 2012).

Cabe aos gestores hospitalares e aos chefes de enfermagem estarem conscientes das necessidades dos enfermeiros e dos fatores que influenciam a sua satisfação profissional, de modo a implementarem estratégias adequadas com impacto nas políticas e na dinâmica organizacional. Segundo Nunes et al. (2010) devem ser identificados e construídos indicadores de qualidade que valorizem o trabalho de enfermagem, fomentando um aumento da satisfação destes profissionais, o que nos

eleva a uma patamar superior de prestação de cuidados, além da promoção da saúde do trabalhador.

O valor de “não satisfação” atingido, segundo Graça (1999), é possível ser melhorado intervindo tanto nas expectativas, que em alguns casos podem ser reduzidas para valores mais realistas, como nos resultados em que é possível controlar diretamente, fazendo assim com que o valor percebido aumente.

Os resultados dos estudos acerca da satisfação profissional dos enfermeiros devem ser usados para implementar estratégias que diminuam a saída dos profissionais da instituição.

Por fim, entende-se como limitação do estudo o tipo de paradigma escolhido, sendo que, a realização subsequente de um estudo de paradigma qualitativo ou misto permitia: explorar mais concretamente a insatisfação verbalizada pelos enfermeiros, face ao sistema de rotação implementado no serviço específico; e explorar quais os fatores com maior influência na satisfação deste enfermeiros.

## 6. Referências Bibliográficas

- ADAMS, A. & BOND, S. 2000. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *J Adv Nurs*, 32, 536-43.
- AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J. & SILBER, J. H. 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288, 1987-93.
- ANDRÉ, O. & NEVES, A. 2001. A satisfação profissional dos enfermeiros em serviço de urgência. *Nursing*, 157, 15-19.
- ANGERAMI, E., GOMES, D. & MENDES, I. 2000. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 8, 52-57.
- BARKER, J. R. 1993. Tightening the iron cage: concertive control in self-managing teams. *Administrative Science Quarterly* 38, 408-438.
- BATISTA, A., VIEIRA, M., CARDOSO, N. & CARVALHO, G. 2005. Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista enfermagem USP*, 39, 85-91.
- BERNARD, A., WHITAKER, M., RAY, M., ROCKICH, A., BARTON-BAXTER, M., BARNES, S. L., BOULANGER, B., TSUEI, B. & KEARNEY, P. 2006. Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *J Prof Nurs*, 22, 355-8.
- BERNSTEIN, S. L. 2005. Internal marketing of an ED-based public health initiative. *Am J Emerg Med*, 23, 411-3.
- BEST, M. F. & THURSTON, N. E. 2004. Measuring nurse job satisfaction. *J Nurs Adm*, 34, 283-90.
- BJORK, I. T., SAMDAL, G. B., HANSEN, B. S., TORSTAD, S. & HAMILTON, G. A. 2007. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 44, 747-57.
- CAMPBELL, L. R. 1986. What satisfies and doesn't? *Nurs. Manage (Texas)*, 17, 78.
- CAMPION, M. A., CHERASKIN, L. & STEVEN, M. J. 1994. Career-related antecedents and outcomes of job rotation. *Academy of Management Journal*, 37, 1518-1542.

- CARMO, H. & FERREIRA, M. 1998. *Metodologia da Investigação - Guia para a autoaprendizagem* Lisboa, Universidade Aberta.
- CASTLE, N. G., ENGBERG, J. & ANDERSON, R. A. 2007. Job satisfaction of nursing home administrators and turnover. *Med Care Res Rev*, 64, 191-211.
- CAVALHEIRO, A., JUNIOR, D. & LOPES, A. 2008. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16, 29-35.
- CHEN, Y. M. & JOHANTGEN, M. E. 2010. Magnet Hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction. *Int J Nurs Stud*, 47, 1001-12.
- CHIAVENATO, I. 1994. *Recursos Humanos - Edição Compacta*, São Paulo, Atlas.
- CLEARY, P. D., EDGMAN-LEVITAN, S., ROBERTS, M., MOLONEY, T. W., MCMULLEN, W., WALKER, J. D. & DELBANCO, T. L. 1991. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood)*, 10, 254-67.
- COMISSÃO EUROPEIA, 1997. Livro Verde: parceria para uma nova organização do trabalho. Luxemburgo: Serviço de publicações oficiais das comunidades europeias.
- CRUZ, A. G. 2003. *O trabalho por turnos: factores preditivos de intolerância*, Coimbra, Quarteto editora.
- DAVIS, K. & JORGENSEN, M. 2005. Ergonomics. Pros and cons of job rotation as a means of reducing injury costs. *J Occup Environ Hyg*, 2, D1-3.
- DE GIETER, S., DE COOMAN, R., PEPERMANS, R. & JEGERS, M. 2010. The Psychological Reward Satisfaction Scale: developing and psychometric testing two refined subscales for nurses. *J Adv Nurs*, 66, 911-22.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A. B., NACHREINER, F. & SCHAUFELI, W. B. 2000. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*, 32, 454-64.
- D'HAINAUT, L. 1992. *Conceitos e métodos da estatística: duas ou três variáveis segundo duas ou três dimensões*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- DIAS, J. M. 2004. *Formadores: que desempenho?*, Loures, Lusociência.
- DISCH, J., EDWARDSON, S. & ADWAN, J. 2004. Nursing faculty satisfaction with individual, institutional, and leadership factors. *J Prof Nurs*, 20, 323-32.
- DONABEDIAN, A. 1980. *Explorations in quality assessment and monitoring*, Ann Arbor, Mich., Health Administration Press.

- FERREIRA, J. M. C., NEVES, J. & CAETANO, A. 1996. *Psicossociologia das organizações*, Alfragide, McGraw-Hill.
- FERREIRA, M. A. & SOUSA, L. 2006. Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista portuguesa de enfermagem*, 6, 37-46.
- FIGUEIREDO, M. C. A. B. 1997. Trabalho em equipa, o contributo dos enfermeiros. *Revista sinais vitais*, 10, 19-22.
- FREITAS, L. C. 2008. *Manual de segurança e saúde do trabalho*, Lisboa, Edições Sílabo.
- GODARD, J. 2001. High-performance and the transformation of work? The implications of alternative work practices for the experience and outcomes of work. *Industrial and labour relations review*, 54, 776-805.
- GONÇALVES, A. 1999. Satisfação profissional em enfermagem: resultados empíricos. *Revista Sinais Vitais*, 23, 19-22.
- GONÇALVES, E. 2007a. *Uma realidade em cuidados de saúde primários*. . Dissertação de Mestrado (sob orientação de Luis Graça), Escola Nacional de Saúde Pública.
- GONÇALVES, L. 2007b. Alguns tópicos de bioestatística: amostragem, análise exploratória de dados e estatística descritiva, inferência estatística. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.
- GRAÇA, L. 1999. *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde: instrumentos para a melhoria da qualidade.*, Coimbra, Direcção Geral de Saúde, Gráfica de Coimbra.
- GULERYUZ, G., GUNAY, S., AYDIN, E. M. & ASAN, O. 2008. The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 45, 1625-35.
- HALL, D. & ISABELLA, L. 1985. Downward movement and career development. *Organizational Dynamics*, 14, 5-23.
- HAYES, B., BONNER, A. & PRYOR, J. 2010. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag*, 18, 804-14.
- HIGA, E. F. R. & TREVIZAN, M. A. 2005. Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13, 59-64.

- HILL, M. M. & HILL, A. 2009. *Investigação por questionário*, Lisboa, Edições Sílabo.
- HO, W. H., CHANG, C. S., SHIH, Y. L. & LIANG, R. D. 2009. Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC Health Serv Res*, 9, 8.
- HSIEH, P. C. & SU, H. F. 2007. Retention and attrition of certified care assistants in the long-term care industry from the Taipei area: an interview survey. *Int J Nurs Stud*, 44, 93-104.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2001. *Nurses and overtime* [Internet]. Disponível em: [http://www.icn.ch/matters\\_overtime.htm](http://www.icn.ch/matters_overtime.htm) [Consult. 3 de Março 2011].
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2003. *Nurse: patient ratios* [Internet]. Disponível em: [http://www.icn.ch/matters\\_rnptratio.htm](http://www.icn.ch/matters_rnptratio.htm) [Consult. 3 de Março 2011].
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2007. *Nurses and shift work* [Internet]. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/fact-sheets/> [Consult. 3 de Março 2011].
- JARVI, M. & UUSITALO, T. 2004. Job rotation in nursing: a study of job rotation among nursing personnel from the literature and via a questionnaire. *J Nurs Manag*, 12, 337-47.
- JATURANONDA, C., NANTHAVANIJ, S. & CHONGPHAISAL, P. 2006. A survey study on weights of decision criteria for job rotation in Thailand: comparison between public and private sectors. *International Journal of Human Resource Management*, 17, 1834-1851.
- JORGENSEN, M., DAVIS, K., KOTOWSKI, S., AEDLA, P. & DUNNING, K. 2005. Characteristics of job rotation in the Midwest US manufacturing sector. *Ergonomics*, 48, 1721-33.
- JUDGE, T. A. & BONO, J. E. 2001. Relationship of core self-evaluations traits--self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability--with job satisfaction and job performance: a meta-analysis. *J Appl Psychol*, 86, 80-92.
- KÓVACS, I. 2006. Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. *Sociologia, problemas e práticas* [Internet], 52. Disponível em: <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/52/537.pdf> [Consult. 20 de Fevereiro 2011].
- KUHAR, P. A., MILLER, D., SPEAR, B. T., ULREICH, S. M. & MION, L. C. 2004. The Meaningful Retention Strategy Inventory: a targeted approach to implementing retention strategies. *J Nurs Adm*, 34, 10-8.

- LAST, J. M. 1995. *Um dicionário de epidemiologia*, Lisboa, Departamento de estudos e planeamento da saúde.
- LEAL, M. T. 2006. *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades*, Loures, Lusociência.
- LEE, H., HWANG, S., KIM, J. & DALY, B. 2004. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs*, 48, 632-41.
- LIMA, A. & MESQUITELA, R. 1996. Satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital distrital de Lamego. *Servir*, 44, 22-31.
- LOBIONDO-WOOD, G. & HABER, J. 2001. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- LOPES, P. 1997. Formação em enfermagem e cidadania. *Enfermagem em foco, SEP*, 26, 37-42.
- LORBER, M. & SKELA SAVIC, B. 2012. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croat Med J*, 53, 263-70.
- LU, H., BARRIBALL, K. L., ZHANG, X. & WHILE, A. E. 2011. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud*.
- LU, H., WHILE, A. E. & LOUISE BARRIBALL, K. 2008. Role perceptions and reported actual role content of hospital nurses in Mainland China. *J Clin Nurs*, 17, 1011-22.
- LUCAS, J. F. S. 1984. Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Ano 2, 63-68.
- LYNN, M. R., MORGAN, J. C. & MOORE, K. A. 2009. Development and testing of the Satisfaction in Nursing Scale. *Nurs Res*, 58, 166-74.
- MA, C. C., SAMUELS, M. E. & ALEXANDER, J. W. 2003. Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Adm*, 33, 293-9.
- MANOJLOVICH, M. & SPENCE LASCHINGER, H. K. 2002. The relationship of empowerment and selected personality characteristics to nursing job satisfaction. *J Nurs Adm*, 32, 586-95.
- MAROCO, J. 2007. *Análise estatística com utilização do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.
- MARQUES, G. F. S. & ARAÚJO, B. R. 2010. Satisfação no trabalho dos enfermeiros do Instituto Português de Oncologia. *Universidade Católica Portuguesa* [Online]. Available:

[http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3666/1/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20no%20trabalho%20dos%20profissionais%20de%20Sa%C3%BAde\\_%20estudo%20com%20enfermeiros%20do%20Instituto%20Portugu%C3%AAs%20de%20Oncologia.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3666/1/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20no%20trabalho%20dos%20profissionais%20de%20Sa%C3%BAde_%20estudo%20com%20enfermeiros%20do%20Instituto%20Portugu%C3%AAs%20de%20Oncologia.pdf).

- MARTINEZ, M. C., PARAGUAY, A. I. & LATORRE, M. R. 2004. Relação entre satisfação com os aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores *Revista de Saúde Pública. São Paulo.*, 38, 55-61.
- MARTINS, J. C. & LUIS, E. 2000. Trabalho e o Homem. *Dirigir*, 65/66, 34-38.
- MARTINS, M. 2003. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Revista Millenium: Instituto Politécnico de Viseu* [Internet], 28. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/602> [Consult. 20 de Fevereiro 2011].
- MARZIALE, M. H. 2001. Enfermeiros apontam inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de Enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet], 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11491.pdf> [Consult. 3 de Março 2011].
- MAURO, M. Y. C. & VEIGA, A. R. 2008. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de unidade materno infantil. *Revista de Enfermagem UERJ* [Internet], 16. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a10.pdf> [Consult. 3 de Março 2011].
- MELNYK, B. M. 2006. The latest evidence on factors impacting nurse retention and job satisfaction. *Worldviews on evidence-based nursing*, 3, 201-204.
- MICHEL, S. 1992. *Gestões das motivações*, Porto, Editora Rés.
- MUELLER, C. W. & MCCLOSKEY, J. C. 1990. Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nurs Res*, 39, 113-7.
- MURRELLS, T., CLINTON, M. & ROBINSON, S. 2005. Job satisfaction in nursing: validation of a new instrument for the UK. *J Nurs Manag*, 13, 296-311.
- MYERS, D. & DIENER, E. 1995. Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-9.
- NEMCEK, M. A. & JAMES, G. D. 2007. Relationships among the nurse work environment, self-nurturance and life satisfaction. *J Adv Nurs*, 59, 240-7.
- NUNES, C. M., TRONCHIN, D. M. R., MELLEIRO, M. M. & KURCGANT, P. 2010. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 12, 252-7.



- OSTERMAN, P. 2000. Work reorganization in an era of restructuring: trends in diffusion and effects on employee welfare. *Industrial and labour relations review*, 53, 179-196.
- PENZ, K., STEWART, N. J., D'ARCY, C. & MORGAN, D. 2008. Predictors of job satisfaction for rural acute care registered nurses in Canada. *West J Nurs Res*, 30, 785-800.
- PIKO, B. F. 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43, 311-8.
- PORTER, L. W. & STEERS, R. M. 1973. Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological bulletin*, 80, 151-176.
- PRICE, M. 2002. Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital. *Br J Nurs*, 11, 275-80.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. 2003. *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva.
- RAFFERTY, A. M., CLARKE, S. P., COLES, J., BALL, J., JAMES, P., MCKEE, M. & AIKEN, L. H. 2007. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud*, 44, 175-82.
- ROCHA, L. E. 1996. *Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da USP.
- RODRIGUES, V. 2000. Satisfação profissional dos enfermeiros da sub-região de saúde de Viseu. *Revista Nursing*, Ano 12, 32-36.
- ROEDEL, R. R. & NYSTROM, P. C. 1988. Nursing jobs and satisfaction. *Nurs Manage*, 19, 34-8.
- SAGEHOMME, D. 1997. *Por um trabalho melhor: guia de análise das condições de trabalho em meio hospitalar.*, Coimbra, Formasau.
- SALOMÉ, V. M. D. 1999. *Satisfação profissional nos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- SALVAGE, J. 1990. The theory and practice of the 'new nursing'. *Nurs Times*, 86, 42-5.
- SEIBERT, S. E., KRAIMER, M. L. & LIDEN, R. C. 2001. A social capital theory of career success. *Academy of Management Journal*, 44, 219-237.

- SHEWARD, L., HUNT, J., HAGEN, S., MACLEOD, M. & BALL, J. 2005. The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *J Nurs Manag*, 13, 51-60.
- SIQUEIRA, V. T. & KURCGANT, P. 2012. [Job Satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management]. *Rev Esc Enferm USP*, 46, 151-7.
- SJOGREN, K., FOCHSEN, G., JOSEPHSON, M. & LAGERSTROM, M. 2005. Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. *Int J Nurs Stud*, 42, 751-8.
- SOUSA, M. A. 2006. O enfermeiro e o cidadão: compromisso de proximidade- porquê esta temática. *Lisboa: II Congresso da Ordem dos Enfermeiros* [Internet]. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong\\_ConfMAS.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ConfMAS.pdf) [Consult. 3 de Março 2011].
- SPECTOR, P. E. 1997. Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences. *SAGE Publications, London*.
- SPINDOLA, T. & SANTOS, R. 2005. O trabalho na enfermagem e seu significado para os profissionais. *Revista brasileira de enfermagem* [Internet], 58. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a05.pdf> [Consult. 3 de Março 2011].
- STAMPS, P. 1997. *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement*, Chicago, IL, Health Administration Press.
- SUZUKI, E., ITOMINE, I., KANOYA, Y., KATSUKI, T., HORII, S. & SATO, C. 2006. Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals. *J Occup Health*, 48, 49-61.
- SVEINSDOTTIR, H., BIERING, P. & RAMEL, A. 2006. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 43, 875-89.
- TAMAYO, A. 2004. *Cultura e saúde nas organizações*, Porto Alegre, Artmed.
- TOURANGEAU, A. E. & CRANLEY, L. A. 2006. Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *J Adv Nurs*, 55, 497-509.
- TOURANGEAU, A. E., CUMMINGS, G., CRANLEY, L. A., FERRON, E. M. & HARVEY, S. 2010. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *J Adv Nurs*, 66, 22-32.

- TRANQUITELLI, A. M. & CIAMPONE, M. H. T. 2007. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Escola Enfermagem USP* [Internet], 41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/05.pdf> [Consult. 3 de Março 2011].
- TRIGGS, D. D. & KING, P. M. 2000. Job rotation: an administrative strategy for hazard control. *Professional safety*, 45, 32-34.
- TZENG, H. M. 2002. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Stud*, 39, 867-78.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (Faculdade de Ciências Humanas) 2004. *As condições de trabalho dos enfermeiros portugueses*, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- VAN BOGAERT, P., CLARKE, S., ROELANT, E., MEULEMANS, H. & VAN DE HEYNING, P. 2010. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *J Clin Nurs*, 19, 1664-74.
- VAN SELL, M., BRIEF, A. P. & SHULER, R. S. 1981. Role conflict and role ambiguity: integration of the literature and directions for future research. *Human relations*, 34, 43-71.
- WATSON, P. G., MARSHALL, D. R. & SEXTON, K. H. 2006. Improving perceptions of patient care--a nursing education and nursing practice initiative. *J Prof Nurs*, 22, 280-8.
- WILKIN, D., HALLAM, L. & DOGGET, M. A. 1992. *Measures of need and outcomes for primary health care*, Oxford, Oxford University Press.
- YIN, J. C. & YANG, K. P. 2002. Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *Int J Nurs Stud*, 39, 573-81.
- ZEITHAML, V. A. & BITNER, M. J. 2000. *Services marketing: integrating customer focus across the firm.*, New York, Irwin/McGraw-Hill.

## Lista de Quadros

<b>QUADRO 1</b> – Caracterização das variáveis independentes sociodemográficas e profissionais- Operacionalização das variáveis.....	36
<b>QUADRO 2</b> – Escala de satisfação profissional (de 0 a 10) (Gonçalves, 2007a).....	40
<b>QUADRO 3</b> – Escala de scores de satisfação profissional (de 0 a 10) (Gonçalves, 2007a) .....	41
<b>QUADRO 4</b> – Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros – frequências absolutas (N) e relativas (%).....	46
<b>QUADRO 5</b> – Caracterização profissional dos enfermeiros – frequências absolutas (N) e relativas (%).....	48
<b>QUADRO 6</b> – Caracterização da rotação, entre sectores, dos enfermeiros da cirurgia cardiotorácica – frequências absolutas (N) e relativas (%).....	50
<b>QUADRO 7</b> – Distribuição do nº de turnos por enfermeiro e por secção (frequência absoluta; média; desvio padrão; mediana; amplitude interquartílica; moda, mínimo e máximo) .....	50
<b>QUADRO 8</b> – Nível de satisfação dos enfermeiros com o sistema de rotação – frequências absolutas (N), relativas (%) e acumuladas (% cumulativa) .....	51
<b>QUADRO 9</b> – Satisfação global no trabalho – frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	53
<b>QUADRO 10</b> – Distribuição do número de enfermeiros do serviço de cirurgia cardiotorácica por nível de satisfação global, numa escala de <i>Likert</i> – frequência absoluta (N), relativa (%) e acumulada (% cumulativa) .....	53
<b>QUADRO 11</b> – Distribuição por dimensão de satisfação (N=55) – média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	54
<b>QUADRO 12</b> – Distribuição dos enfermeiros por sexo e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	55

<b>QUADRO 13</b> – Distribuição da variável idade por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	55
<b>QUADRO 14</b> – Distribuição dos enfermeiros por estado civil e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	56
<b>QUADRO 15</b> – Distribuição dos enfermeiros por ter/não ter filhos e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	56
<b>QUADRO 16</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de ensino e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	57
<b>QUADRO 17</b> – Distribuição da variável anos de profissão de enfermagem por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	57
<b>QUADRO 18</b> – Distribuição dos enfermeiros por horas semanais de trabalho e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	58
<b>QUADRO 19</b> – Distribuição dos enfermeiros por ser ou não ser chefe de equipa e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	58
<b>QUADRO 20</b> – Distribuição da variável anos de profissão de enfermagem no serviço de cirurgia cardiotorácica por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	59
<b>QUADRO 21</b> – Distribuição dos enfermeiros por trabalhar ou não noutra local, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica, e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	59
<b>QUADRO 22</b> – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da UCI e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	60
<b>QUADRO 23</b> – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da UTI e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	60
<b>QUADRO 24</b> – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da Enf/Cons. e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%). ....	61

<b>QUADRO 25</b> – Distribuição dos enfermeiros pela sua proveniência (ou não) da UTI&Enf/Cons. e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	61
<b>QUADRO 26</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a rotação e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	62
<b>QUADRO 27</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com o número de turnos e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	63
<b>QUADRO 28</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com as rotinas e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	63
<b>QUADRO 29</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com o ritmo de trabalho e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	64
<b>QUADRO 30</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a tecnicidade e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	64
<b>QUADRO 31</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a localização do material e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	65
<b>QUADRO 32</b> – Distribuição dos enfermeiros por nível de satisfação com a relação entre colegas de profissão e rotação final - frequências absolutas (N) e relativas (%).....	65
<b>QUADRO 33</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável sexo - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	66
<b>QUADRO 34</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável estado civil - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	66
<b>QUADRO 35</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável ter/não ter filhos - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	67
<b>QUADRO 36</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável nível de ensino - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	67

<b>QUADRO 37</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável horas de trabalho semanais - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	68
<b>QUADRO 38</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável ser ou não chefe de equipa - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	68
<b>QUADRO 39</b> – Distribuição da variável satisfação global pela variável trabalhar ou não noutra local, para além do serviço de cirurgia cardiotorácica - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	69
<b>QUADRO 40</b> – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da UCI - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	69
<b>QUADRO 41</b> – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da UTI - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	69
<b>QUADRO 42</b> – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da Enf/Cons. - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	70
<b>QUADRO 43</b> – Distribuição da variável satisfação global pela proveniência (ou não) do enfermeiro da UTI & Enf/Cons.. - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	70
<b>QUADRO 44</b> – Distribuição da variável satisfação global pelos sectores onde o enfermeiro já trabalhou desde que o sistema de rotação teve início (UCI e UTI; UCI, UTI e Enf/Cons.) - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	71
<b>QUADRO 45</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a rotação - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	71

<b>QUADRO 46</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com o número de turnos - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	72
<b>QUADRO 47</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com as rotinas habituais - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	72
<b>QUADRO 48</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com o ritmo de trabalho - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	73
<b>QUADRO 49</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a técnica - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	73
<b>QUADRO 50</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a localização do material - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	74
<b>QUADRO 51</b> – Distribuição da variável satisfação global pelo nível de satisfação com a relação profissional entre colegas de profissão - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	74
<b>QUADRO 52</b> – Distribuição da variável satisfação global por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	75
<b>QUADRO 53</b> – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão autonomia e poder por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	75
<b>QUADRO 54</b> – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão condições de trabalho e saúde por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....	76
<b>QUADRO 55</b> – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão realização profissional, pessoal e desempenho organizacional por categoria de rotação final -	



frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....76

**QUADRO 56** – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão relação pessoal/ utente e de trabalho e suporte social por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....77

**QUADRO 57** – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão remuneração por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....77

**QUADRO 58** – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão segurança no emprego por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....77

**QUADRO 59** – Distribuição da variável nível de satisfação na dimensão *status* e prestígio por categoria de rotação final - frequência absoluta, média, desvio padrão, mediana, amplitude interquartílica, moda, mínimo e máximo.....78

## Anexos

### Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados

Questionário 1
----------------

#### Caro (a) Enfermeiro (a)

Este questionário diz respeito a um conjunto de temáticas relativas ao modo como percepciona a sua organização de saúde, o que pensa sobre as funções que exerce e o que espera do seu desempenho profissional.

Este estudo é realizado no âmbito das Unidades de Ensino e Investigação em Saúde Pública, Internacional e Bioestatística no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, sob a supervisão da Professora Doutora Inês Fronteira. O seu objectivo é aferir acerca da influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros no serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Marta.

O questionário é composto por duas partes. A primeira parte diz respeito à caracterização demográfica e profissional dos enfermeiros e a segunda parte corresponde à avaliação da satisfação profissional por meio da Escala adaptada de Graça (1999).

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração. É conveniente que responda com o máximo rigor e honestidade, para a obtenção de resultados verosímeis. Não existem respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Este questionário é confidencial. O seu tratamento será efectuado de forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

**Pedimos que o preencha com caneta azul, de acordo com as instruções fornecidas no início de cada parte. No final do seu preenchimento deve selar o questionário no envelope e colocá-lo no secretariado, junto dos outros questionários já preenchidos e igualmente selados.**

**Obrigada pela atenção dispensada,**

Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Liliana Dinis;

Professora Doutora Inês Fronteira.

## **I Parte – Caracterização sociodemográfica e profissional**

Nesta 1ª parte peço-lhe que responda a todas as questões, com a total garantia do seu anonimato. Por favor use caneta azul para o preenchimento do questionário.

**1 – Qual é o seu sexo?** (assinale a sua resposta com uma X)

0. Feminino..... ☐

1. Masculino..... ☐

**2 – Que idade tem?** \_\_\_\_\_ anos completos

**3 – Qual o seu estado civil?** (assinale a sua resposta com uma X)

0. Solteiro(a)..... ☐

1. Casado(a) / Unido(a) de facto..... ☐

2. Separado(a) / Divorciado(a)..... ☐

3. Viúvo(a)..... ☐

**4 – Tem filhos?** (assinale a sua resposta com uma X)

0. Não..... ☐ (avance para a questão nº 5)

1. Sim..... ☐

**4.1 – Se sim, qual a idade do(s) seu(s) filho(s)?**

**Filho 1:** [0-3] anos ☐ [3-10] anos ☐ 10 anos ou mais ☐

**Filho 2:** [0-3] anos ☐ [3-10] anos ☐ 10 anos ou mais ☐

**Filho 3:** [0-3] anos ☐ [3-10] anos ☐ 10 anos ou mais ☐

**5 - Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou (ou frequenta)?** (assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Bacharelato..... ☐
- 1. Licenciatura..... ☐
- 2. Mestrado..... ☐
- 3. Doutoramento..... ☐

**6 - Tem alguma especialidade em enfermagem?** (assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Não..... ☐ (avance para a questão nº 7)
- 1. Sim..... ☐ Qual? \_\_\_\_\_

**7 - Anos de exercício da profissão de enfermagem:**

\_\_\_\_\_ anos completos

---

**8 - Quantas horas trabalha no serviço de cirurgia cardiotorácica por semana?**

\_\_\_\_\_ horas

**9 - Exerce, actualmente, funções de chefe de equipa no serviço de cirurgia cardiotorácica?** (assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Não..... ☐
- 1. Sim..... ☐

**10 - Anos de exercício da profissão no serviço de cirurgia cardiotorácica:**

\_\_\_\_\_ anos completos

**11 - Trabalha noutra(s) local(is) para além do serviço de cirurgia cardiotorácica?**  
(assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Não..... ☐ (avance para a questão nº 12)
- 1. Sim..... ☐

**11.1 - Se sim, trabalha igualmente no sector da Saúde?** (assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Não..... ☐ Indique qual o sector: \_\_\_\_\_ (avance para a questão nº 12)
- 1. Sim..... ☐

**11.2 - Em que local?** (assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Hospital público..... ☐
- 1. Hospital privado..... ☐
- 2. Centro de saúde..... ☐
- 3. Outro, Qual?..... ☐

---

**12 - Local(is) de trabalho:** Qual a secção/ sector do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica onde trabalhava (sempre ou a maior parte das vezes), antes da implementação do sistema de rotação: (assinale a sua resposta com uma X)

- 0. Unidade de Cuidados Intensivos..... ☐
- 1. Unidade de Cuidados Intermédios..... ☐
- 2. Enfermaria/ Consulta..... ☐

**12.1 - Desde que o sistema de rotação começou já trabalhou em que secções do serviço de cirurgia cardiotorácica?** (assinale com uma X todas as que se aplicarem)

- 0. Unidade de Cuidados Intensivos..... ☐
- 1. Unidade de Cuidados Intermédios..... ☐
- 2. Enfermaria/ Consulta..... ☐

**12.2** Quantos turnos fez, em média, no último mês em cada sector do serviço de cirurgia cardiorádica? (se por acaso houve um serviço onde não fez nenhum turno escreva 0)

Unidade de Cuidados Intensivos..... turnos

Unidade de Cuidados Intermédios..... turnos

Enfermaria/ Consulta..... turnos

**13 - O sistema de rotação no trabalho entre secções/ sectores deixa-o:** (assinale a sua resposta com uma X)

0. Muito Insatisfeito	1. Insatisfeito	2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito	3. Satisfeito	4. Muito Satisfeito

**13.1 - Assinale com uma cruz (x) em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) quanto à prática alternada dos factores assinalados no quadro, inerente ao sistema de rotação entre secções/sectores:**

<u>Prática alternada quanto a:</u>	0. Muito Insatisfeito	1. Insatisfeito	2. Nem Satisfeito nem Insatisfeito	3. Satisfeito	4. Muito Satisfeito
					
1. <u>Número de turnos</u> por secção					
2. <u>Rotinas habituais</u> de cada secção					
3. <u>Ritmo de trabalho</u> de cada secção					
4. <u>Tecnicidade</u> de cada secção					
5. <u>Localização do material</u> de cada secção					
6. <u>Relação profissional entre colegas</u> de cada secção					

## II Parte – Escala de satisfação profissional (adaptado de Graça, 1999)

Esta 2ª parte é composta por 43 itens; a cada um desses itens, é pedido que responda sistematicamente a duas questões: A – Até que ponto deveria existir? B – Até que ponto existe?

Deve optar por um dos onze números da escala de intervalos, sendo o valor 0 correspondente a “nada/mínimo”; o 2 a “muito pouco”; o 5 a “assim-assim, nem pouco nem muito”; o valor 7 equivale ao “bastante”; o 9 ao “muitíssimo sem ser o máximo” e o valor 10 será “muito/máximo”.

<b>Assinale com um círculo, para cada uma das Questões (A e B)</b> <b>Por favor, utilize caneta azul.</b>	<b>A</b>	<b><u>Até que ponto deveria existir?</u></b>
	<b>B</b>	<b><u>Até que ponto existe?</u></b>

1	A convicção íntima de que vale realmente a pena uma pessoa esforçar-se e dar o seu melhor neste serviço	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
2	A suficiente margem de autoridade ou de poder que considero indispensável ao exercício das minhas funções como enfermeiro/a	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
3	O sentimento de segurança no emprego devido ao facto de pertencer ao quadro de pessoal do hospital	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
4	A certeza de que estou a usar e a desenvolver os meus conhecimentos e competências como pessoa e como enfermeiro/a	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
5	O elevado espírito de equipa que une todas as pessoas que trabalham comigo neste serviço, independentemente da sua profissão ou carreira	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
6	O prestígio que gozo no meu meio social e/ou profissional, por trabalhar num serviço como este	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
7	O sentimento de que estou a dar um contributo importante para a realização da missão e dos objectivos atribuídos a este serviço (e à respectiva instituição)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
8	A percepção de estar relativamente bem pago/a tendo em conta o nível do meu desempenho profissional	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)

9	A oportunidade de ter verdadeiros amigos e não apenas colegas ou simples conhecidos	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
10	O conforto e o bem-estar que me proporcionam as condições de trabalho existentes neste hospital (equipamentos, gabinetes, parques de estacionamento e demais instalações)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
11	A disponibilidade de recursos, humanos e técnicos, necessários ao desempenho das minhas funções como enfermeiro/a	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
12	A elevada auto-estima que sinto, ou a imagem positiva que tenho de mim próprio/a, devido às funções ou ao cargo que desempenho neste serviço	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
13	A margem de liberdade para eu planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
14	A percepção de estar relativamente bem pago/a, por comparação com outros profissionais com as mesmas qualificações e responsabilidades que as minhas, no sector público ou privado	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
15	A garantia de estabilidade em relação ao meu futuro profissional (pelo facto de trabalhar nesta instituição)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
16	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte dos meus colegas enfermeiros deste serviço	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
17	A oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento pessoal no âmbito da minha profissão e /ou da minha carreira profissional	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
18	O respeito, o apreço e a confiança que nos manifestam os utentes deste serviço, a mim e aos demais profissionais	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
19	A percepção que a Direcção deste hospital dá o exemplo aos demais profissionais, trabalhando em equipa e fazendo uma gestão por objectivos	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
20	O apoio com que posso contar por parte do meu Director (ou do meu Chefe), sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)



21	A confiança que sinto em relação ao futuro, tendo em conta eventuais mudanças a níveis da política da saúde (por ex: privatização da saúde dos serviços de saúde, reestruturação da carreira)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
22	O devido reconhecimento do meu desempenho profissional por parte da minha chefia	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
23	O apoio que posso contar por parte dos elementos da minha equipa, sobretudo nos momentos difíceis em que uma pessoa mais precisa de ajuda	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
24	A garantia de que esta instituição tem uma política efectiva de protecção da saúde e da segurança das pessoas que aqui trabalham, incluindo a melhoria das condições de trabalho	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
25	A cooperação e colaboração com que posso contar por parte dos colegas de outras profissões ou carreiras (por ex: administrativos, auxiliares, médicos)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
26	A clara definição de competências e responsabilidades entre os diferentes serviços e equipas, de modo a prevenir falhas de comunicação e conflitos	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
27	A possibilidade de participar na tomada de decisão e resolução de problemas importantes para a melhoria da organização e do funcionamento do serviço	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
28	A oportunidade de conhecer e satisfazer de maneira efectiva e concreta as necessidades e as expectativas (de saúde) dos meus utentes	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
29	O orgulho que sinto por trabalhar num serviço com uma boa imagem junto da comunidade em que está inserido	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
30	A oportunidade de desenvolver um projecto profissional mais estimulante, interessante e criativo do que na maior parte dos sítios que eu conheço	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
31	A percepção de que o meu papel (e as minhas competências) como enfermeiro/a são devidamente compreendidos, reconhecidos e aceites (pelos demais profissionais)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
32	A garantia de qualidade dos cuidados e /ou serviços que são prestados aos doentes deste serviço, por mim e pelos demais profissionais que aqui trabalham	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)

33	O sentimento de orgulho por integrar uma equipa de saúde tão competente e empenhada como a minha	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
34	A adequada prevenção de situações que possam provocar riscos de stress no trabalho	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
35	A confiança que sinto em relação ao futuro do SNS, em geral, e da minha profissão ou carreira, em particular	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
36	A percepção de que a supervisão do meu trabalho é adequada, flexível e baseada em critérios de confiança, responsabilização e transparência	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
37	A certeza de que as minhas tarefas como enfermeiro/a têm um conteúdo rico, variado e exigente sem pôr em causa a minha saúde e bem-estar	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
38	A oportunidade efectiva e concreta de prestar, aos utentes do serviço, verdadeiros cuidados (e/ou serviços) integrados, continuados e personalizados	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
39	A cooperação e a colaboração com que posso contar, por parte de outros profissionais fora do serviço (por ex: psicólogos, assistentes sociais)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
40	A cooperação e a colaboração com que posso contar por parte dos utentes com que lido	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
41	A oportunidade de participar, como enfermeiro(a), em programas e actividades de saúde, integrado em equipas pluridisciplinares e pluriprofissionais	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
42	A percepção de estar relativamente bem pago/a, tendo em conta a minha opção por trabalhar e/ou viver no concelho a que pertence o hospital	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
43	A gestão adequada e flexível do meu tempo de trabalho, tendo em conta as solicitações a que estou sujeito/a diariamente (por ex: telefonemas, reuniões)	A	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)
		B	(mín.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (máx.)

**FIM DO QUESTIONÁRIO**

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.**

**Anexo II – Distribuição das proposições pelas dimensões no questionário:  
Indicadores para aferir a variável dependente**

<b>Distribuição das proposições pelas dimensões no questionário: Indicadores para aferir a variável dependente (Gonçalves, 2007a).</b>		
<b>DIMENSÕES</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>PROPOSIÇÕES</b>
<b><i>Autonomia e Poder</i></b>	<i>Margem de poder e de liberdade que o profissional de saúde tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pela especificidade da prestação de cuidados de saúde, da organização e do sistema de saúde onde se está inserido. Inclui a oportunidade de participação na organização e funcionamento dos serviços.</i>	<i>2,13,26,27,28,31,36,43</i>
<b><i>Condições de trabalho e saúde</i></b>	<i>Inclui: o ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores; a existência de serviços, programas e actividades orientadas para a prevenção dos riscos profissionais, a vigilância e a promoção da saúde (por ex.: ter meios, a nível individual e colectivo, para proteger a sua saúde e a dos seus colegas); a informação e a formação no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&amp;ST).</i>	<i>10,11,24,37</i>
<b><i>Realização profissional, pessoal e desempenho organizacional</i></b>	<i>Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, o que decorre em grande medida das oportunidades e desafios colocados pela organização onde se trabalha, da profissão que se tem (ou da carreira), do conteúdo e da organização do trabalho, etc. A realização pessoal e profissional está, assim, associada ao próprio desempenho organizacional (e do próprio SNS como um todo).</i>	<i>1,4,7,17,19,22,30,32,38,41</i>
<b><i>Relação pessoa/utente e de trabalho e suporte social</i></b>	<i>Refere-se basicamente às relações humanas que são estabelecidas entre o enfermeiro e os utentes do serviço (indivíduos e famílias), como a relação decorrente da prestação de cuidados.</i>	<i>5,9,16,20,23,25,33,39</i>
<b><i>Remuneração</i></b>	<i>As recompensas extrínsecas com expressão pecuniária, directa (em espécie) ou indirecta (em géneros) que o enfermeiro recebe pelas funções que exerce, incluindo o vencimento-base e outras remunerações complementares (por ex.: horas extraordinárias, gratificação de chefia). Inclui a percepção da equidade dessas recompensas em função do desempenho, da qualificação, entre outras.</i>	<i>8,14,42</i>
<b><i>Segurança no emprego</i></b>	<i>A garantia de estabilidade em relação não só à função (ou cargo) que actualmente desempenha como em relação ao futuro da sua carreira profissional e do seu vínculo ao SNS.</i>	<i>3,15,21,34,35</i>

<b><i>Status e prestígio</i></b>	<i>O prestígio socioprofissional que decorre da profissão, da carreira profissional e da organização onde se trabalha, incluindo a auto-estima e a autoconfiança no seu desempenho.</i>	<i>6,12,18,29,40</i>
----------------------------------	---	----------------------

### **Anexo III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central – Hospital de Santa Marta**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do CHL Central – Hospital de Santa Marta”

Lisboa, Outubro de 2011

Assunto: Pedido de parecer sobre a realização do estudo: *“A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros no serviço de cirurgia cardiotorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta”*

Liliana Isabel Correia Dinis, enfermeira com número mecanográfico 40430, a desempenhar funções no Serviço 4-UCI Cardiotorácica, mestranda do V Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, vem por este meio pedir parecer para a colheita dos dados (através do instrumento de colheita de dados em anexo no protocolo de investigação), sob a forma de questionário e dirigido aos enfermeiros do Serviço de Cardiotorácica, para a realização da dissertação, subordinada ao tema mencionado em epígrafe, sob a orientação da Professora Doutora Inês Fronteira.

É definido como objetivo geral do estudo *“Compreender o impacto da rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, na satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiotorácica, do Hospital de Santa Marta”*.

Foram definidos como objetivos específicos do estudo:

- Descrever características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Descrever o nível de rotação dos enfermeiros, incluídos no sistema de rotação, entre secções do mesmo serviço;
- Descrever o nível de satisfação dos enfermeiros que estão incluídos num sistema de rotação, entre secções do mesmo serviço;

- Descrever a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros e a rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço;
- Descrever a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, com a satisfação profissional dos enfermeiros;
- Descrever a relação entre rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, com a satisfação profissional dos enfermeiros.

O estudo é definido como observacional, analítico, e transversal, e utiliza-se o paradigma quantitativo na sua execução.

A população em estudo corresponde aos enfermeiros do serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Marta, que estão incluídos no sistema de rotação no trabalho, entre cuidados intensivos, cuidados intermédios e enfermaria, do mesmo serviço. São cerca de 60 enfermeiros, distribuídos por 5 equipas. Estão incluídos os chefes de equipa que ocasionalmente também entram no sistema de rotação e excluídos os elementos de chefia responsáveis de secção, a enfermeira-chefe ou coordenadora e os elementos ausentes por licença de maternidade/paternidade ou atestado médico – critérios de exclusão.

Tendo em conta a pequena dimensão da população o instrumento de recolha de dados será aplicado a todos os enfermeiros e portanto a amostra escolhida corresponde à população em estudo.

Pretende-se aplicar o questionário no entre Novembro a Janeiro de 2011/12.

Os dados colhidos serão introduzidos em ficheiro SPSS ou Excel, e analisados/discutidos com recurso à estatística descritiva e inferência estatística, confrontando os resultados do estudo com a revisão bibliográfica efetuada.

Apenas a investigadora terá acesso aos dados e será atribuído um código a cada questionário de forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos processos.

Tanto quanto se sabe nunca foi realizada a avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros do serviço de cirúrgica cardiotorácica. De acordo com a literatura, a avaliação deste parâmetro é importante visto que um dos indicadores de qualidade dos cuidados prestados está relacionado com a satisfação profissional dos enfermeiros. Através do conhecimento do grau de satisfação dos enfermeiros e das componentes que

o influenciam é possível desenhar soluções e implementar medidas que melhorem a satisfação destes profissionais, potenciando a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Os resultados do estudo serão utilizados para a elaboração da dissertação para obtenção de grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento pelo IHMT, a ser apresentada e discutida em provas públicas.

Junto, em anexo, o protocolo do estudo que explicita a fase conceptual e metodológica da investigação.

Agradeço antecipadamente a atenção disponibilizada, apresentando os meus melhores cumprimentos.

Peço deferimento.

Liliana Dinis

[lilianacorreiadinis@gmail.com](mailto:lilianacorreiadinis@gmail.com)

Nota: a declaração foi entregue com a assinatura da orientadora da dissertação – Professora Doutora Inês Fronteira
--

## Anexo IV – Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Central – Hospital de Santa Marta

*Autógrafa  
de encerramento a  
interesses e cópia a  
Comissão de ética*  
*Isidro Faustino*  
Enfermeiro Director Adjunto  
Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do CHL Central – Hospital de Santa Marta  
*5. 12. 2011*

*Madeira*  
Prof. Dr. José Fragata  
Director de Serviço  
Cirurgia Cardiorrácica  
*Ca 18/11/11*

Lisboa, Outubro de 2011

Assunto: Pedido de parecer sobre a realização do estudo: *“A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros no serviço de cirurgia cardiorrácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta”*

*Clara Vital*  
Enfermeira Chefe

Liliana Isabel Correia Dinis, enfermeira com número mecanográfico 40430, a desempenhar funções no Serviço 4-UCI Cardiorrácica, mestranda do V Mestrado em Saúde e Desenvolvimento do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, vem por este meio pedir parecer para a colheita dos dados (através do instrumento de colheita de dados em anexo no protocolo de investigação), sob a forma de questionário e dirigido aos enfermeiros do Serviço de Cardiorrácica, para a realização da dissertação, subordinada ao tema mencionado em epígrafe, sob a orientação da Professora Doutora Inês Fronteira.

É definido como objectivo geral do estudo *“Compreender o impacto da rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, na satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiorrácica, do Hospital de Santa Marta”*.

Foram definidos como objectivos específicos do estudo:

- Descrever características sócio-demográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Descrever o nível de satisfação dos enfermeiros que estão incluídos num sistema de rotação, entre secções do mesmo serviço;
- Descrever a relação entre rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço, com a satisfação profissional dos enfermeiros.
- Descrever a relação entre as características sócio-demográficas e profissionais dos enfermeiros, com a satisfação profissional dos enfermeiros.
- Descrever a relação entre as características sócio-demográficas e profissionais dos enfermeiros e a rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço.

O estudo é definido como observacional, analítico, e transversal, e utiliza-se o paradigma quantitativo na sua execução.

A população em estudo corresponde aos enfermeiros do serviço de cirurgia cardiorrácica do Hospital de Santa Marta, que estão incluídos no sistema de rotação no trabalho, entre cuidados intensivos, cuidados intermédios e enfermagem, do mesmo serviço. São cerca de 60 enfermeiros,



## Anexo V – Autorização da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical



### Parecer do Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (CEIHT)

**Título do Estudo:** A Influência da Rotação no Trabalho na Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Serviço de Cirurgia Cardiorácica num Hospital de Lisboa

**Investigador principal:** Liliana Isabel Correia Dinis

**Objectivos do estudo:** O objectivo geral deste estudo é compreender o impacto da rotação no trabalho, entre secções do mesmo serviço (cuidados intensivos, intermédios e enfermaria), na satisfação profissional dos enfermeiros, do serviço de cirurgia cardiorácica, no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta.

Trata-se de um estudo que segue o paradigma quantitativo e cujo desenho de investigação corresponde a um estudo observacional, analítico e transversal. Será utilizado um questionário como instrumento de recolha de dados aplicado a cerca de 60 enfermeiros, do serviço em questão, incluídos no sistema de rotação entre postos de trabalho. A aplicar entre os meses de Novembro a Janeiro de 2011/12.

**Conflito de interesses:** A investigação irá decorrer no serviço da investigadora. Como se trata de um trabalho académico, sob orientação de uma Professora do IHMT que vai garantir a qualidade científica, e dado o tema investigado, não parece haver conflito de interesses.

**Consentimento:** Não é preciso um formulário de consentimento. O preenchimento do questionário indica o consentimento.

**Confidencialidade:** A confidencialidade das respostas é garantida. Os dados serão anonimizados para o tratamento.

**Risco/Benefício:** Não há riscos para os participantes neste estudo. O eventual desconforto (e viés) por o questionário ser aplicado no serviço foi acautelado através de procedimentos de entrega e de recolha dos questionários que eliminem o contacto com a investigadora.

**Divulgação de dados:** A apresentação dos resultados deste estudo será sob a forma de uma dissertação de mestrado e de publicações científicas.

**Conclusão:** Consideramos que o estudo no global respeita as normas exigidas pelo Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina, sendo aprovado.

#### Relatores

Prof. Gilles Dussault

Profa. Luzia Gonçalves

Lisboa, 28 de Outubro de 2011

**GILLES DUSSAULT**  
Presidente do Conselho de Ética

**Anexo VI – Quadros de frequências referentes às dimensões da satisfação  
numa escala de *Likert***

**Estatística descritiva: Autonomia e Poder**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	2	3,6	3,6
Muito satisfeito	5	9,1	12,7
Bastante satisfeito	14	25,5	38,2
Satisfeito	15	27,3	65,5
Nem satisfeito, nem insatisfeito	11	20,0	85,5
Não satisfeito	6	10,9	96,4
Bastante não satisfeito	2	3,6	100,0
Total	55	100,0	

**Estatística descritiva: Condições de Trabalho e Saúde**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	2	3,6	3,6
Muito satisfeito	5	9,1	12,7
Bastante satisfeito	14	25,5	38,2
Satisfeito	14	25,5	63,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	13	23,6	87,3
Não satisfeito	4	7,3	94,6
Bastante não satisfeito	3	5,4	100,0
Total	55	100,0	

**Estatística descritiva: Realização profissional, pessoal e desempenho organizacional**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	2	3,6	3,6
Muito satisfeito	7	12,7	16,3
Bastante satisfeito	8	14,5	30,8
Satisfeito	17	30,9	61,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	11	20,0	81,7
Não satisfeito	6	10,9	92,6
Bastante não satisfeito	3	5,5	98,1
Muito não satisfeito	1	1,9	100,0
Total	55	100,0	

**Estatística descritiva: Relação pessoa/utente e de trabalho e suporte social**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	4	7,3	7,3
Muito satisfeito	10	18,2	25,5
Bastante satisfeito	15	27,3	52,8
Satisfeito	13	23,6	76,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	8	14,5	90,9
Não satisfeito	5	9,1	100,0
Total	55	100,0	

**Estatística descritiva: Remuneração**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	2	3,6	3,6
Muito satisfeito	5	9,1	12,7
Bastante satisfeito	3	5,5	18,2
Satisfeito	5	9,1	27,3
Nem satisfeito, nem insatisfeito	10	18,2	45,5
Não satisfeito	8	14,5	60,0
Bastante não satisfeito	6	10,9	70,9
Muito não satisfeito	11	20,0	90,9
Muitíssimo não satisfeito	4	7,3	98,2
Totalmente não satisfeito	1	1,8	100,0
Total	55	100,0	

**Estatística descritiva: Segurança no emprego**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	1	1,8	1,8
Muito satisfeito	1	1,8	3,6
Bastante satisfeito	6	10,9	14,5
Satisfeito	7	12,7	27,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	15	27,3	54,5
Não satisfeito	12	21,8	76,3
Bastante não satisfeito	9	16,4	92,7
Muito não satisfeito	1	1,8	94,5
Muitíssimo não satisfeito	2	3,6	98,1
Totalmente não satisfeito	1	1,9	100,0
Total	55	100,0	

**Estatística descritiva: Status e Prestígio**

	Frequência	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Muitíssimo satisfeito	5	9,1	9,1
Muito satisfeito	12	21,8	30,9
Bastante satisfeito	20	36,4	67,3
Satisfeito	11	20,0	87,3
Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	9,1	96,4
Não satisfeito	1	1,8	98,2
Bastante não satisfeito	1	1,8	100,0
Total	55	100,0	